Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 kwietnia 1883. № 15. Rok XXII

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VIII.

Trzy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie.

Napisał Dr. H. Schramm,
asystent kliniki chirurgicznéj.

W ostatnim lat dziesiątku, gdy z rozpowszechnieniem i wydoskonaleniem przeciwgnilnego ran leczenia przekonano się, że nawet bardzo znaczne rany uważane dawniéj za bezwarunkowo śmiertelne mogą się zgoić bez wywołania groźnych zaburzeń w ustroju, wprowadzono do chirurgii wiele nowych operacyj dawniéj całkiem nieznanych lub wykonywanych tylko bardzo wyjątkowo. Pewna część tych nowych operacyj, zwłaszcza operacyje w jamie brzusznéj, zyskały już sobie prawo obywatelstwa w chirurgii, inne jako nieodpowiadające swemu celowi porzucono, co do innych wreszcie zdania chirurgów jeszcze się z sobą nie zgadzają. Do téj ostatniéj kategoryi należy wycięcie rakowato zwyrodniałéj macicy. Operacyja ta jedna sobie wprawdzie coraz więcéj zwolenników, ale ostatecznie o jéj wartości rozstrzygnąć może tylko statystyka oparta na licznych i rozmaitych przypadkach, gdyż tylko na téj podstawie będzie można orzec stanowczo, czy operacyja ta w ogóle jest usprawiedliwioną i w jakich przypadkach wykonanie jéj jest wskazane.

Z tych więc powodów podaję nieco obszerniéj historyję trzech chorych, u których prof. Mikulicz wykonał wycięcie rakowatéj macicy przez pochwę.

I. Maryjanna B., lat 47 licząca, wieśniaczka, nie przebywała żadnych ważniejszych chorób; pierwsza miesiączka wystąpiła w 18 roku i odtąd bywała zawsze regularna. W 25 roku poszła za mąż i przebyła 5 prawidłowych porodów; dzieci wszystkie zdrowe. Z początkiem kwietnia r. 1882 zaczęła doznawać bólów w krzyżach, wkrótce potém pojawiły się cuchnące odchody z pochwy i dość częste krwotoki, które osłabiając chorą coraz bardziéj skłoniły ją do szukania pomocy w klinice prof. Madurowicza.

Stan jéj w dniu przyjęcia był następujący: kobieta nędznie zbudowana, odżywienie bardzo podupadłe, niedokrewność znacznego stopnia. W narządach wewnętrznych prócz rozedmy płuc miernego stopnia nie ma zmian żadnych. Badanie palcem przez pochwę wykazuje na części pochwowéj macicy owrzodzenie, które zniszczyło znaczną część warg macicy szczególnie przedniéj, rozszerzające się ku górze po za ujście wewnętrzne. Macica nie powiększona, mało ruchoma, parametria nie zajęte żadnym naciekiem. Gruczoły limfatyczne w pachwinach nie powiększone, nie można ich też wymacać przez bardzo wiotkie powłoki brzuszne; dość częste parcie na mocz, który zresztą jest prawidłowy; stolce regularne.

Rozpoznanie brzmiało: Rak części pochwowéj. W obec znacznego rozrostu nowotworu jedynym sposobem doszczętnego usunięcia choroby było wyjęcie macicy, oczywiście przez pochwę.

W celu usunięcia cuchnącéj wydzieliny rozpadającego się nowotworu przepłukiwano pochwę 3% rozczynem kwasu karbolowego i wprowadzono do pochwy paski gazy jodoformowéj, a gdy powierzchnia nowotworu po kilku dniach takiego postępowania zupełnie się oczyściła, przystąpił prof. Mikulicz do zamierzonéj operacyi w d. 9 grudnia 1882.

Poprzedniego dnia otrzymała chora kąpiel, środek przeczyszczający i enemę, rano przed operacyją przepłukano pochwę 3% karbolem. Po uśpieniu choréj ułożono ją jak do cięcia na kamień, ogolono włosy na częściach sromnych i wymyto całą okolicę podobnie i pochwę dokładnie 5% rozczynem karbolu. Następnie rozszerzono pochwę za pomocą szerokiego wziernika rynienkowatego i haków tępych, pocém ujęto część pochwową macicy poczwórnemi haczykami ostremi i pociągano ją ostrożnie ku dołowi, o ile to było

możebne w obec kruchości tkaniny, z której haki ciągle się wyrywały. Teraz okroił prof. Mikulicz błonę śluzową w sklepieniu pochwy cięciem kolistém, a po wyjęciu wziernika z pochwy oddzielił macicę *in situ* od otaczających tkanin, o ile się to dało zrobić palcami. Następnie wprowadzono wziernik powtórnie, ściągnięto macicę kleszczami Museuxa ku dołowi i przystąpiono do oddzielenia więzadła szerokiego prawego, chwytając je pasmami w kleszcze Péana i przecinając ujęte pasma między dwiema podwiązkami z grubego jedwabiu. Śród zakładania ostatniéj podwiązki *en masse* spostrzeżono, że w kleszcze ujęty został także moczowód, który téż natychmiast usunięto na bok. W ten sam sposób oddzielono więzadło szerokie lewe i otwarto jamę Douglasa. Mimo ostrożnego i starannego zakładania podwiązek, (których razem było 14) krwotok był dość silny i w celu powstrzymania go zatamponowano całą ranę paskami gazy jodoformowéj. Teraz przystąpiono do oddzielenia przedniéj ściany macicy, przyczém jednak rozdarła się tylna ściana pęcherza w miejscu, gdzie naciek nowotworowy sięgał prawie aż do błony śluzowéj pęcherza. O niemiłem tém powikłaniu przekonano się za pomocą cewnika leżącego w pęcherzu. Paskiem gazy jodoformowéj zatkano tymczasowo dziurę w pęcherzu, poczém ujęto trzon macicy w kleszcze Museuxa, ściągnięto go przez jamę Douglasa ku dołowi i przecinając ostatnie jéj przyczepienia między dwiema podwiązkami oddalono całą macicę. Teraz wydobyto tymczasowe tampony z gazy jodoformowéj, otwór w pęcherzu zamknięto szwem kuśnierskim z katgutu chromowego, poczém całą pochwę wypełniono szczelnie gazą jodoformową, obok której nitki podwiązek wyprowadzono na zewnątrz. Przez cały ciąg operacyi trwającéj blisko 2 godziny skrapiano pole operacyjne prawie bez przerwy 3% roztworem karbolu.

Chorą mocno zapadłą obłożono ciepłemi prześcieradłami i podawano jéj ciepłe wino i kawę czarną, a w celu zapobiegnięcia krwotokowi wywierano przez pół godziny mocny ucisk palcami na podbrzusze i szparę sromną, poczém założono opaskę uciskającą.

Wieczorem po operacyi stan choréj się poprawił, tętno 102, ciepłota 3‘. Cewnikiem Nélatona odprowadzono mocz z krwią zmięszany, zostawiono cewnik *à demeure* w celu ułatwienia zgojenia się rany w pęcherzu, do którego dla zapobiegnięcia rozkładaniu się moczu wprowadzono pręcik jodoformowy. 10/12 ciepłota 37·8, tętno 104. Wymiotów nie było, mierna bolesność za uciskiem na podbrzuszu. Mocz ciemno czerwony, kwaśny, odchodzi cewnikiem, wprowadzono znowu pręcik jodoformowy do pęcherza. 14/12 stan ogólny zupełnie pomyślny. Wyjęto kawałek gazy z pochwy wcale nie cuchnący. 16/12 usunięto wszystkie paski gazy jodoformowéj z pochwy, natomiast włożono dwa grube sączki, przez które przestrzykuje się pochwę 5% karbolem. Olejek rącznikowy, poczém dwa obfite stolce. 19/12 śród przestrzykiwania spostrzeżono, że mocz odchodzi przez pochwę, zatém rana w pęcherzu się rozeszła. 22/12 stan ogólny zupełnie pomyślny. Wydzielina z pochwy mierna, cokolwiek cuchnąca, oddalono część podwiązek, polecono przestrzykiwać pochwy 3 razy dnia roztworem octanu glinowego. 28/12 stan taki sam, jak poprzednio, wyjęto resztę podwiązek, polecono wstrzykiwanie do pochwy mięszaniny jodoformu z gliceryną 1:20. 14/1, 1883. Przy badaniu pochwy palcem i wziernikiem przekonano się, że rana po wyjęciu macicy prawie zupełnie zgojona, tylko w samym szczycie lejkowato zaciągniętego sklepienia pozostał pasek wielkości 2 centów pokryty żywemi czerwonemi brodawkami. Na 1½ cm. poniżéj znajduje się otwór prowadzący do pęcherza tak mały, że do niego można wsunąć ledwie koniec palca, brzegi tegoż otworu pokryte również ziarniną. Mimo kilkakrotnego przypiekania brodawek azotanem srebra i jodyną zabliźnienie nie nastąpiło; badanie wyskrobanych brodawek wykazało w nich czystą ziarninę bez śladu utkania rakowatego. Przetoka pęcherzowa zmniejszyła się cokolwiek, tak że operowana jest w stanie utrzymać cokolwiek moczu w pęcherzu.

W dniu 2 marca przyjęto chorą do kliniki chirurgicznéj w celu zamknięcia przetoki pęcherzo-pochwowéj. Stan jéj odżywienia obecnie znacznie lepszy niż przed operacyją. Badanie pochwy wykazuje w jéj szczycie miejsce brodawkujące wielkości centa przechodzące bezpośrednio w przetokę pęcherzową, któréj brzegi pokryte są wywiniętą i nieco obrzmiałą błoną śluzową pęcherza. W celu zmniejszenia przetoki polecono założyć cewnik na dni kilka, nadto wstrzykuje się do pochwy mieszaninę jodoformu z gliceryną.

Badanie dnia 28 marca 1883 wykazało, że miejsce brodawkujące na szczycie pochwy zupełnie się zabliźniło; przetoka pęcherzowa wielkości soczewicy, brzegi jéj pokryte wypuklającą się błoną śluzową pęcherza. Polecono jeszcze przez dni kilka przestrzykiwać pochwę gliceryną z jodoformem, poczém zamknięcie przetoki nie będzie sprawiać znaczniejszych trudności

II. Teresa K., lat 47 licząca, ze Lwowa, pochodzi z zdrowéj rodziny; nie przebyła żadnych ważniejszych chorób, dopiero przed 3 laty zaczęły jéj dokuczać bóle w okolicy lędźwiowéj, które jednak po kilku tygodniach trwania ustąpiły bez śladu. Pierwsza regularność wystąpiła w 13 roku życia i odtąd bywała zawsze prawidłowa. W 15 roku wyszła za mąż, odbyła 9 prawidłowych porodów i połogów, ostatni raz rodziła przed 15 laty; od tego czasu cierpi na białe upławy.

Obecna choroba rozpoczęła się, o ile chora podać umie, z początkiem maja zeszłego roku od kilkakrotnych dość obfitych krwotoków, które ją tak osłabiły, że dla wzmocnienia podupadłych sił wyjechała do Krynicy. Wezwany do porady lekarskiéj kolega Dr. Mars rozpoznał jako przyczynę krwotoków raka części pochwowéj i doradził pacyjentce operacyję, któréj się téż chora poddała po powrocie do Lwowa z dniem 20 sierpnia 1882 r. Po operacyi téj trwało polepszenie tylko kilka tygodni, poczém znów wystąpiły dość silne krwotoki połączone z bólami w krzyżach, powtarzające się co 3 lub 4 tygodnie i trwające po dni kilka. Z końcem września udała się chora do Wiednia w celu odwiedzenia syna, a gdy tutaj pojawił się znów silny krwotok połączony tym razem z gorączką, zasięgnęła K. rady w klinice prof. Dittla, gdzie radzono jéj powtórną operacyję, na którą się chora bez wahania zgodziła. Operacyję tę (prawdopodobnie odpalenie części pochowéj galwanokauterem) wykonano 1 listopada 1882 r. Tym razem polepszenie trwało jeszcze krócéj niż po pierwszéj operacyi. Krwotoki i bóle pojawiły się już we dwa tygodnie, a chora opuściła Wiedeń, aby szukać pomocy w klinice prof. Mikulicza.

Stan choréj w dniu przyjęcia do kliniki 29 listopada 1882 był następujący: kobieta dobrze zbudowana, mocno niedokrewna. W narządzie krążenia i oddechania nie ma zmian żadnych, tętno 90—100 na m., ciepłota 37·5—38°. Brzuch miernie wzdęty, okolica lewego jajnika przy ucisku bolesna, stolec regularny, mocz prawidłowy. Badanie przez

pochwę wykazuje zupełny brak części pochowéj macicy, na jéj miejscu w równéj wysokości z sklepieniem pochwy znajduje się wrzód wielkości talara o powierzchni brodawkowatéj, łatwo krwawiącéj; wrzód ten rozszerza się także na tyle sklepienie zajmując tu pasek na $1\frac{1}{2}$cm. szeroki. Macica mało ruchoma, w parametriach nie można wykazać żadnego nacieku. Podmiotowo skarży się chora na ćmienie w oczach, ból w krzyżach i odnogach, zrywania i drgawki w rękach i t. p. dolegliwości.

Postanowiono odżywiać chorą przez pewien czas jak najlepiej w celu podniesienia ogólnego stanu, miejscowo przepłukiwać pochwę kwasem karbolowym i zakładać gazę jodoformową.

W dniu 6 grudnia powtórzono badanie wziernikiem pochwowym. Wyniki badania te same jak poprzednio, i tym razem nie można oznaczyć jak daleko sięga owrzodzenie w głąb macicy. Przy téj sposobności wyskrobano kawałek owrzodziałéj tkaniny a badanie drobnowidowe wykazało jak najwybitniejszą budowę rakową nowotworu. W obec tego postanowił prof. Mikulicz wydobyć przez pochwę całą macicę i do operacyi téj przystąpił d. 10 grudnia 1882 r.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyrosty tylne tęczówki w obec jaskry.

Napisał Zygmunt Kramsztyk w Warszawie.

W drugim tegorocznym numerze Gazety Lekarskiéj pomieściłem pod tym tytułem krótką wzmiankę, opartą na dwu spostrzeżeniach. Obecnie mając do zanotowania trzeci przypadek, do téj saméj kategoryi należący, chcę myśl swoją rozwinąć trochę obszerniéj.

Przed rokiem, czy dawniéj może, zgłosiła się do mnie chora, żądając rady dla oka lewego, którém od pewnego czasu widzi coraz gorzéj. Skoro przyjrzałem się oczom, dostrzegłem, że w prawém oku błona tęczowa przyrosła do soczewki prawie na całym obwodzie źrenicy, oko lewe, na które chora się uskarżała, na pierwszy rzut oka żadnych nie przedstawiało zboczeń. Przypuszczając omyłkę w opowiadaniu zwróciłem na to uwagę choréj, która wszakże pierwotne podanie swoje potwierdziła. Zaledwie mogła sobie przypomnieć, że przed wielu laty przechodziła zapalenie oka prawego i że zapalenie ustąpiło bez leczenia.

Przy dokładniejszém badaniu znalazłem w oku lewém daleko posuniętą jaskrę prostą, oko prawe, prócz tylnych przyrostów tęczy, było prawidłowe. Obrazy wziernikowe obu oczu były zupełnie różne; w oku lewém znaczne zagłębienie i zanik nerwu, w oku prawém nerw bez najmniejszych zmian chorobowych. Funkcyje oczu odpowiadały zupełnie tym obrazom: okiem prawém czytała chora ostatni wiersz tablicy Snellena w pożądanéj odległości, gdy oko lewe było prawie zupełnie ślepe.

Przypadek ten wydawał mi się bardzo niezwykłym, bo bardzo rzadko zdarzało mi się widzieć tak dawno trwającą, tak daleko posuniętą jaskrę w jedném oku, gdy drugie było zdrowe zupełnie. Mimowoli nasuwało się podejrzenie, że może przyrosty tęczówki ochroniły prawe oko od jaskry; fakt taki mógłby nawet wzmocnić pewne teoryje. Choréj już potém nie widziałem i dopiero dalsze spostrzeżenia przywiodły mi ten przypadek na pamięć.

Pani G. ma lat siedmdziesiąt i kilka. Od dawna cierpiała na silne bóle głowy, przyczém i wzrok często niedomagał; wszakże uważając te ostatnie objawy za podrzędne nie zasięgała w tym kierunku porady. Dopiero na początku 1881 r. zrobiona była sklerotomija w obu oczach, ale bez wyraźnéj korzyści. Wkrótce rozpoczęły się napady jaskry, które się nadzwyczaj często powtarzały, bo codziennie albo parę razy na dzień; chora wtedy widziała gęstą mgłę przed oczyma. Był to wreszcie objaw przeważnie subjektywnéj natury, bo nawet w czasie napadu chora wcale dobrze zdaleka czytała. Często gałki bywały twarde, źrenice rozszerzone. Nerwy wzrokowe prawie zawsze czysto występowały w obrazie wziernikowym, były one znacznie zagłębione i białe. Istotny postęp choroby polegał na stopniowém zwężaniu się pola widzenia. Pole oka prawego było nieznacznie zwężone; w lewém oku pole widzenia było bez porównania więcéj ograniczone. Ezeryn usuwał czasowo objawy, ale stósowanie tegoż często potrzeba było przerywać z powodu występującego zapalenia łącznicy. W maju 1882 r. sklerotomiję zrobiono powtórnie i tym razem z nielepszym skutkiem. Téż same napady powtarzały się ciągle i pole widzenia stopniowo się zwężało.

Od paru miesięcy zauważyłem wyraźną zmianę w oku lewém. W oku tém znajdowałem stale mniejsze napięcie niż w prawém. Przytém i chora zauważyła, że to oko, które zawsze za daleko gorsze uważała i w którém rzeczywiście jaskra daleko większe zrobiła postępy, obecnie wydawało się zdrowszém od prawego. Napady ciemności rozpoczynają się obecnie zawsze w oku prawém i gdy ciemność w tém oku do wysokiego dojdzie stopnia, dopiero wtedy i na lewe przechodzi. Skoro się tylko mgła przed okiem prawém rozjaśniać zaczyna, lewe od razu widzi wyraźnie. Chora jest przekonaną, że oko lewe byłoby obecnie zupełnie spokojne, gdyby na nie mgła z prawego nie przechodziła. Daleko ważniejszą jest wszakże ta okoliczność, że pole widzenia jest obecnie w oku lewém niewątpliwie i to znacznie obszerniejsze, niż w prawém. W oku prawém pozostała tylko wązka szczelina na zewnątrz od punktu patrzenia, gdy okiem lewém chora dobrze liczy palce prawie w całéj zewnętrznéj połowie pola widzenia. Zresztą chora obu oczyma jeszcze wcale nieźle zdaleka odróżnia litery. Chorą znam od tak dawna, tak często i tak dokładnie ją badałem, że cały opisany przebieg choroby żadnéj wątpliwości dla mnie nie zostawia. Przed laty dwoma, nawet przed pół rokiem jeszcze, oko lewe było stanowczo i daleko gorsze, obecnie jest niewątpliwie i znacznie lepsze niż prawe. Kiedym pierwszy raz zauważył tę zmianę w słabém napięciu lewego oka i starałem się jéj przyczynę wyśledzić, zauważyłem, że tęczówka lewego oka w części przyrosła do torebki soczewkowéj. Był to niewątpliwie skutek długiego stósowania ezerynu. Przyrosty zajmowały w dwóch miejscach od wewnętrznéj strony dosyć szerokie odcinki brzegu źrenicznego tak, że cała zewnętrzna jéj połowa i mały łuk od wewnątrz są wolne. Pomimo tych przyrostów źrenica w czasie silniejszych napadów wyraźnie się rozszerza, ale jest zawsze węższą niż źrenica prawa.

Trzeci przypadek jest następujący: 65-letnia M. G. z Ostrowia zgłosiła się do mnie dnia 19/2 zeszłego roku. W księdze swojéj zapisałem wtedy: Jaskra ostra w oku lewém, rogówka zamglona, palce liczy w odległości 3 stóp; w oku prawém nadmiarowość około $\frac{1}{5}$. Zaleciłem tymczasowo ezeryn, przedstawiając konieczność operacyi. Po zastósowaniu ezerynu napad jaskry bardzo prędko ustąpił, tak, że po paru dniach zanotowałem nadmiarowość w obu oczach

$^1/_5$, bystrość wzroku $^2/_5$ w obu taż sama. Chora na operacyję zgodzić się już nie chciała i pojechała do domu. Zwróciłem jéj uwagę na prawdopodobieństwo powrotu choroby, zaleciłem wtedy wkraplać ezeryn i natychmiast do Warszawy przyjechać.

Po roku chora znowu mi się przedstawiła, ale tym razem z powodu cierpienia prawego oka. Opowiedziała mi, że po powrocie do domu wkraplała ezeryn w oko lewe, póki całéj flaszeczki (trzydrachmowéj) nie zużyła. Przez cały rok napad się nie powtórzył i tylko od czasu do czasu uważała lekkie zamglenie. Przed czterema tygodniami chora zapadła na oko prawe i ogromnie cierpi.

Oko lewe znalazłem zupełnie w tym stanie jak przed rokiem, S=$^2/_5$. Źrenica tego oka zwężona, a od wewnętrznéj strony większa jéj połowa do soczewki przyrośnięta. Oko prawe bardzo twarde, powierzchnia rogówki bardzo zaćmiona, a w niektórych miejscach zdaje się obnażoną z przybłonka; dna oka nie można przejrzeć wziernikiem, oko światła wcale nie czuje. Ezeryn żadnego wpływu nie wywierał. Chorą umieściłem w szpitalu i d. 25 lutego rb. operacyję wycięcia tęczy wykonałem. Bóle następnego dnia zwolniały, a po dwu tygodniach chora szpital opuściła. Środki łamiące stały się przeźroczyste, gałka zmiękła, ale nerw wzrokowy był zupełnie blady i chora na tém oku zaledwie ma poczucie światła.

Podałem niezupełnie może dokładny i szczegółowy ale zupełnie wierny opis trzech przypadków jaskry. Wniosek, jaki chcę z nich wyprowadzić, wydaje mi się dosyć prawidłowy. U tych trzech chorych potworzyły się z jednéj strony tylne przyrosty tęczówki, a w każdym przypadku oko, w którém zrost się utworzył, znajduje się w daleko lepszym stanie, aniżeli oko drugie. Idzie o to, czy można te dwie okoliczności zestawić razem jako przyczynę i skutek, czy téż należy zbieg ich uważać za czysto przypadkowy. Innemi słowy, czy można wypowiedzieć twierdzenie, że przyrosty tęczy wywierają pewien wpływ ochronny, leczniczy na jaskrę.

Nie chcąc się łudzić, należy być bardzo ostrożnym w ocenianiu skuteczności środków stósowanych przeciwko jaskrze. Ta choroba trwa zwykle tak długo, a w owym długim przebiegu tak żadnego nie trzyma się typu, tak często zmienia swój obraz, że w każdym przypadku możemy zadać sobie pytanie, czy istotnie leczenie na przebieg choroby wpłynęło; czy sama sobie pozostawiona choroba nie wzięłaby takiego obrotu, jaki widzimy po zastósowaném leczeniu i jaki leczeniu przypisujemy?

Ta wątpliwość nie może się odnosić do ostrych objawów jaskry. Jakkolwiek i mocne napady przejść mogą bez żadnego leczenia, to wszakże leczenie najczęściéj tak szybko te objawy usuwa, że o jego skuteczności wątpić nie możemy. Bywają przypadki chorobowe, w których wkraplając i odstawiając ezeryn można usuwać i wywoływać zapalne objawy jaskry prawie z dokładnością fizycznego doświadczenia. Zmiana pożądana i przewidywana następuje tak prędko i tak często, że najzupełniejszą osiągamy pewność co do skuteczności zastósowanéj metody leczniczéj.

W innêm wcale znajdujemy się położeniu, gdy idzie o istotne wyleczenie choroby, nie o usunięcie ostrych objawów. Przewidujemy utratę wzroku po długim czasie, którego określić nie możemy i chcemy zapobiedz temu, a przynajmniéj oddalić ten fatalny skutek choroby. Jeżeli przez pewien czas po zastosowaném leczeniu chory jeszcze widzi, to lekarz nie może jeszcze mieć przekonania, że ten stan pożądany należy zawdzięczać leczeniu, wszak przebiegu jaskry prawie nigdy przewidzieć nie można.

Zapewne czasem jeden przypadek może już dla oceny leku mieć pewne znaczenie, jeżeli się go zna przez czas długi. Jeżeli widzimy, z jaką szybkością bystrość wzroku się zmniejsza i jak częste bywają napady, a po zastosowaném leczeniu napady stają się rzadsze, albo ustępują i dalszy rozwój choroby zostaje wyraźnie wstrzymany, to mamy prawo przypuszczać z wielkiém prawdopodobieństwem, że ten skutek istotnie leczeniu zawdzięczać musimy. Jednakże tylko bardzo wielka liczba przypadków przez długi czas spostrzeganych może nas przekonać o istotnéj skuteczności pewnéj metody leczenia.

Podając tylko trzy przypadki, w których przyrostom tęczy możnaby przypisać korzystny wpływ na przebieg jaskry, nie mogę twierdzenia wypowiedzieć stanowczo, wreszcie sam nie mam pewności w tym względzie; chcę tylko wypowiedzieć pytanie, które dalsze spostrzeżenia potwierdzić albo odrzucić mają.

Wszakże opisane przypadki z tego względu większe budzą zajęcie, że przyrosty tęczy tylko z jednéj strony się potworzyły, że więc drugie oko w każdym przypadku do kontroli pozostaje.

W przypadku pierwszym oko lewe widocznie od lat wielu na jaskrę cierpiało, skoro choroba bez żadnych ostrych objawów doprowadziła do bardzo znacznego zagłębienia nerwu wzrokowego i do zupełnéj prawie ślepoty. W oku prawém, w skutek zapalenia tęcza do soczewki przyrosła i to oko zostało zupełnie wolném od jaskry. Zdarzają się takie przypadki zapewne i bez przyrostu tęczy, ale podobno nie bardzo często.

W przypadku trzecim po mocnym napadzie, skutkiem długiego używania ezerynu, utworzył się przyrost tęczówki. Przez rok cały chora wolną była od napadów, a wzrok ani trochę nie osłabł. Po roku napad jaskry wystąpił w oku drugiém, zaniedbany doprowadził do ślepoty, zrobiono operacyję, a przez cały ten czas w oku, w którém tęcza do soczewki przyrosła, ani razu ciśnienie śródoczne nie było podniesione.

Ale najbardziéj przekonywającym wydaje mi się przypadek drugi. Chorą znam od lat dwu. Jaskra wystąpiła naprzód na lewém, potém na prawém oku i zawsze oko lewe daleko było gorsze, co różnica w rozległości pola widzenia najwydatniéj wskazywała. Nie wątpiłem wcale, że oko lewe zupełnie widzieć przestanie, gdy prawe dosyć długo jeszcze zachowa wzrok niedołężny. Tymczasem wbrew przewidywaniu oko prawe na téj fatalnéj drodze znacznie prędzéj postąpiło. Pole lewego oka jest obecnie obszerniejsze, gałka zawsze mniéj twarda; chora przytém stanowczo twierdzi, że napady ciemności rozpoczynają się obecnie zawsze w oku prawém i dopiero potém lewe zajmują, słowem, oko, które przez czas długi było daleko gorsze, obecnie jest niewątpliwie lepsze, a tę zmianę w chorobie zauważyłem wtedy, kiedym jednocześnie spostrzegł tylne przyrosty tęczówki w lewém oku.

Prawda, że gdyby lekarz widział taki przebieg jaskry, jak w opisanych przypadkach, bez przyrostów tylnych, nie byłby tém zdziwiony; niespodzianki w jaskrze są rzeczą zwyczajną. Jestem wszakże pewny, że gdyby operacyja była wykonana na tych oczach, na których przyrosty się potworzyły, lekarz nie wahałby się tych zmian korzystnych uważać za prosty skutek operacyi.

Już w pierwszym przypadku podejrzenie przez analogiję wydało mi się bardzo ponętne. Przyrost tylny stawia oko pod pewnym względem w takich warunkach, jakby się ono znajdowało ciągle pod wpływem środków zwężających źrenicę, a wiadomo jak świetnie wpływają te środki na ostre objawy jaskry.

Spostrzeżenia opisane są czysto przypadkowe; ale gdyby wniosek z tych spostrzeżeń wysnuty prawdziwym się okazał, znaczenie ich mogłoby wyrosnąć; wszakże przez długotrwałe użycie ezerynu może lekarz umyślnie wywołać przyrost tęczówki, przynajmniéj w bardzo wielu przypadkach. Nie mam wcale zamiaru niniejszym artykulikiem takiéj czynić propozycyi, chcę tylko na przypadki podobne zwrócić uwagę kolegów.

III. Przyczynek do rękoczynnego leczenia suchot płucnych

(Rzecz przedstawiona na Walném zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego d. 21go Grudnia 1882),

przez Dr. **Kaczorowskiego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 14.)

Chora więc, któréj stan odżywienia już się znacznie był poprawił, zaczęła nanowo gorączkować i wyrzucać cuchnącą ropę. Przywieziona w pierwszych dniach Września do Poznania przedstawiła znów oprócz pomyślniejszego ogólnego stanu te same co dawniéj objawy fizyczne, do których przyłączył się jeszcze nowy, tj. stłumienie odgłosu w lewym boku, wypełniające całą przestrzeń pomiędzy sercem a przetoką, — prawdopodobnie skutkiem zapalenia opłucny wywołanego przez pozostający w klatce piersiowéj dren.

Dnia 3 go września celem wydobycia drenu przywróciłem przy pomocy kol. Osowickiego tępém narzędziem otwór opłucny (żebro wycięte okazało się już prawie zupełnie odrosłem), drenu jednak znaleźć nie mogłem. Tkanka płucna pod palcem wydawała się miękką, elastyczną, o ile przez ciasny otwór przekonać się o tém można było. Z powodu, że rodzice zastrzegli sobie, żeby nie podejmować żadnéj na dziecku operacyi prócz wydobycia drenu, ograniczyłem się do włożenia do jamy opłucnowéj grubego drenu, a założywszy na to opatrunek jodoformowy, oddałem dalsze traktowanie dziecka w ręce kol. Krzyżagórskiego w W. Gorączka wprawdzie ustała w obec obfitszéj znów ropiastéj wydzieliny z rany, ale plwociny cuchnące tym razem nie znikły. W połowie października ciepłota znów się podnosić zaczęła, aż nareszcie po kilku dniach ukazał się w świetle przezemnie włożonego drenu utopiony drenik salcbrunski, który kol. K. z łatwością wydobył.

Odtąd gorączka znów powoli znikła i dziecko lepiéj odżywiać się zaczęło. Widząc je na początku grudnia zastałem podściółkę tłuszczową nieźle rozwiniętą (przybyło 4 kilogr. na wadze), klatkę piersiową dawniéj po lewéj stronie zaklęsłą, teraz zupełnie wyrównaną, postawę przedtém na lewo pochyloną, zupełnie wyprostowaną. Stłumienie boczne (między sercem a przetoką) ustąpiło miejsca bardzo jawnemu odgłosowi; czysto pęcherzykowe oddychanie tam było słychać. Z tyłu poniżéj przetoki pozostało jeszcze stłumienie, powyżéj odgłos jawniejszy, ale oddychanie oskrzelowe na szerokość 4 cm.; zresztą wszędzie oddychanie pęcherzykowe. Parę razy dziennie wyrzuca dziecko trochę plwocin ropiastych cuchnących, czasem trochę krwią zabarwionych, zresztą czuje się wcale swobodném. Przetoka opłucnowa jednak od tygodnia znowu zarosła, dren bowiem drążył tylko przez zewnętrzne powłoki klatki piersiowéj. Jawną więc było rzeczą, że jama rozstrzeniowa skutkiem przerwanego przed czasem jéj drenowania od dołu zarosłszy, znów rozkładającą się ropę zawiera. Jakkolwiek sprawa ta teraz jeszcze niezbyt szkodliwie oddziaływała na ogólne zdrowie dziecka, przewidując jednak, że w dalszym biegu jama się zwiększać a gnijąca jéj treść dalsze zakażenia wyrządzać nie omieszka, doradziłem rodzicom, ażeby córkę podobnéj doszczętnéj operacyi poddali, co téż w najbliższym czasie nastąpić miało.

Przebieg przedstawionego dopiero co przypadku chorobowego nie pozostawia żadnéj wątpliwości, że w dolnym zrazie lewego płuca, bliżéj tylnéj ściany klatki piersiowéj, znajduje się jama, łącząca się z oskrzelami, w któréj ropiasta wydzielina zatrzymuje się i gnije. Mając na względzie doraźne jéj powstanie po poprzedzającym kokluszu, jéj umiejscowienie w dolnéj części płuca, należy przypuszczać, że to jest jama rozstrzeniowa, wytworzona w wątku zapalenia międzymiąższowego, którego téż ślady przy pierwszém otwarciu opłucny wymacać się dały. Że takie jamy nie leczą się dobrowolnie siłą reparacyjną ustroju, jeno obrazem suchot płucnych niechybną śmierć za sobą pociągają, nikt pewno nie zaprzeczy.

Rękoczyn przeto przezemnie wykonany stanowi *ultimam rationem medici*, do uprawnienia którego powyższy przypadek niepośledni, jak mniemam, dostarcza przyczynek. Dopóki bowiem dren odprowadzał wydzielinę jamy w najniższém jéj punkcie na zewnątrz, zgniły jéj rozkład ustał i ogólny stan zdrowia pocieszające robił postępy. Niefortunny zbieg okoliczności, pozwalając przetoce płucnéj przedwcześnie zabliźnić się od dołu, uniepodobnił wprawdzie przyjście do skutku spodziewanego zejścia, jednakże mimo przywrócenia jamy w każdym razie mniéj już obszernéj, chora ogólnie skorzystała na zdrowiu, a ponowny krok operacyjny na utorowanéj już drodze być może że pożądanym wynikiem uwieńczony zostanie.

Pomysł leczenia jam płucnych rękoczynem nasuwał się w obec bezradności innych środków zapewne niejednemu lekarzowi; pierwszą próbę, ile wiem, wykonał Mosler, otwierając jamę trójgrańcem z ujemnym oczywiście wynikiem. Chcąc bowiem w takim razie pomyślny osiągnąć skutek, co najmniéj tak operować należy, ażeby wydzielina jamy aż do przeistoczenia chorobowego układu płuca swobodny miała odpływ, przestrzegając przytém wszelkich warunków przeciwgnilnych, tak jak nacinając klatkę piersiową w obec otoku opłucnego obecnie postępujemy.

Po wykonaniu pierwszéj téj oto próby mojéj wyczytałem w pismach lekarskich, że w Ameryce Fengler i Hollister operują nożem po wycięciu żebra powierzchownie położone jamy płucne u wszystkich zwyczajnych suchotników. *(Fengler and Hollister: The London medical Records 15 Jan. 1882).*

Wilhelm Koch z Dorpatu (*Lungen-Chirurgie Dorpat. deutsch. medic. Wochenschrift 5 August 1882*).otwiera jamy płucne za pomocą termokauteru i kilka takich operacyj wykonał w klinice Leydena, z których jednak żadna dotąd nie uleczyła téj zabójczéj choroby. Dr. Block z Gdańska, doświadczywszy szeregu wycięć całych zrazów płuca na zwierzętach, mianowicie psach (n. b. zdrowych) z bardzo pomyślném powodzeniem, posunął się nareszcie do zastósowania téj metody u człowieka dotkniętego suchotami gruźliczemi, ale niefortunny wynik podobno naraził go na wmięszanie się do téj sprawy prokuratora sądowego.

Rękoczynne postępowanie w traktowaniu suchot płucnych zapewne trzeba będzie ograniczyć jedynie do otwierania łatwo przystępnych a więc blisko opłucny położonych jam i to w przypadkach, gdzie ogólne zakażenie gruźlicze albo szersze zajęcie płuca wykluczyć można. Do takich ograniczonych spraw chorobowych płuca z wytworzeniem się jam należą w pierwszéj linii jamy rozstrzeniowe zdradzające swój charakter cuchnącemi i bardzo obfitemi plwocinami.

Tu interwencyja rękoczynna jako ostateczny środek leczniczy winna znaleźć wskazanie, ile że przy zachowaniu przeciwgnilnych warunków co najmniéj nie naraża chorego na nowe niebezpieczeństwo. Że zdola poprawić dolę chorego, świadczy przedstawiony tu oto przypadek, mimo niezależnych od saméj operacyi niedokładności w pooperacyjném postępowaniu. Czy termokauter czy palec uzbrojony w dłuższy paznogieć stosowniejszy do bezkrwawego drążenia w chore płuco, nie chcę rozstrzygać — mnie się zdaje odpowiedniejszym palec, ponieważ żywym dotykiem łatwiéj się oryjentować można w odszukaniu jamy a paznogciem jak skrobaczką bez obrażenia ościennych zdrowych pustoszyć można do woli zwyrodniałe tkanki, co w przerzeczonym przypadku okazało się sposobem wcale praktycznym.

Do ogłoszenia powyższego przypadku, przed wykonaniem powtórnego otwarcia jamy rozstrzeniowéj i odczekaniem ostatecznego wyniku, skłoniła mnie ta okoliczność, że rodzice choréj, widząc iż jéj zdrowie w dosyć zadowalający sposób postępuje, a lękając się niepewnego losu nowéj operacyi, postanowili późniéj wyczekujące zająć stanowisko. Gdy tymczasem ich córka w ostatnich dniach stycznia 1883 na nowo gorączkować i na kłócie w przedniéj stronie lewéj piersi narzekać zaczęła, przywieźli ją 31 stycznia do zakładu, jednakże z tém zastrzeżeniem, żebym prócz przywrócenia (zrośniętego po raz drugi, jak wiadomo) otworu w jamie opłucnowéj na płucu samém nie podejmował żadnéj operacyi. Zupełne stłumienie odgłosu znów z przodu od 3go żebra począwszy, zlewające się z tylném stłumieniem, brak oddychania pęcherzykowego od dołu, oskrzelowe wdychanie w górze, kłócie, przyspieszony płytki oddech, gorączka, znamionowały świeżo powstałe zapalenie opłucny. Na tylnéj stronie klatki te same co w grudniu objawy fizyczne, plwocina cuchnąca trochę obfitsza. Palec wprowadzony przez utrzymywaną jeszcza ze pomocą drenu przetokę zewnętrznych pokładów klatki piersiowéj bez trudu rozerwał powstałe zrosty i natrafiwszy na przyrosłe płuco po odłączeniu małéj przestrzeni onegoż napotykał na zewnątrz ku linii pachowéj na gładką, zbitą trochę sprężystą ścianę, w któréj za pomocą poznogcia otwór wygrzebałem. Natychmiast chora strasznie śmierdzącą, z świeżą krwią zmięszaną ropę gwałtownie wykrztuszać zaczęła, podobna ropa także przetoką wydobywała się. Po wystrzyknięciu przetoki roztworem kwasu salicylowego, włożeniu drenu, opatrzono klatkę przeciwgnilnie. Chora zniosła ten rękoczyn jak najlepiéj, tak że drugiego już dnia łóżko opuścić mogła. Kłócie i gorączka ustały już wieczorem w dniu operacyi. Z przetoki wychodziła w pierwszych dniach dość obfita, ale już niecuchnąca ropa. Stłumienie odgłosu z przodu ustępować, pęcherzykowe oddychanie coraz wyraźniéj tam odzywać się zaczęło. Ropiasty wysięk w przedniéj komorze opłucny (bo taki tylko z powodu zrostów tylnéj części lewego płuca z ścianą piersiową mógł się utworzyć) w dwa tygodnie po otwarciu można było uważać za usunięty. Powstał on był prawdopodobnie skutkiem przedostania się gnilnych pierwiastków z jamy rozstrzeniowéj do opłucny, i komunikował jak się zdaje także z oskrzelem. Na tyle klatki piersiowéj nic się nie zmieniło, cuchnące plwociny, po operacyi przez parę dni mniéj obfite, wróciły do dawniejszéj ilości (około 50—60 gramów). Nalegałem więc koniecznie na rodziców o przyzwolenie na ponowny zabieg około jamy rozstrzeniowéj, gdy jednak w nielojalny nawet sposób krzyżować zaczęli zamiary moje, widziałem się zniewolonym usunąć się od dalszego udziału w traktowaniu tyle zajmującego przypadku.

Ogłosić ten przypadek, jakkolwiek niedokończony, uważałem sobie za obowiązek celem zachęcenia kolegów do doświadczania podobnego postępowania w stósownych nadarzających się przypadkach.

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Sekcyja wykonana 22 września 1881 okazała co następuje: Skóra blada, tkanka tłuszczowa mierna, puchliny nie ma; w okolicy pachwinowéj lewéj i na przyległéj przedniéj powierzchni uda lewego rozległe, głębokie owrzodzenia skóry sięgające w głąb aż do powięzi szerokiéj uda. Gruczoły limfatyczne téj okolicy częścią zropiałe, częścią znacznie powiększone i przekrwione. Czaszka symetryczna, prawidłowa, opona twarda ściśle zrośnięta z wewnętrzną powierzchnią sklepienia czaszki, na wewnętrznéj powierzchni blada i gładka. Na oponie pajęczéj wzdłuż rowka podłużnego półkul mózgowych mierne wybujałości tkanki łącznéj. Opony miękkie dosyć silnie w drobnych rozgałęzieniach naczyń na całéj powierzchni mózgu nastrzykane; w przestworach podpajęczych mierna ilość płynu surowiczego. Istota korowa mózgu prawidłowéj szerokości, sino szara, wyraźnie od istoty rdzeniowéj bladéj z odcieniem słabo-różowym odgraniczona. Komórki mózgowe, móżdżek i rdzeń przedłużony prawidłowe. Błona śluzowa gardziela zgrubiała, ciemno-czerwona lub sina, oba migdałki nieco powiększone, zwłaszcza lewy, który jest powierzchownie owrzodziały, również i błona śluzowa krtani jest miejscami sino-szara, silniéj nastrzykana. Błona śluzowa tchawicy blada. Oba płuca wolne, opłucne gładkie i połyskujące. Oba płuca są w szczytach i wzdłuż brzegów przednich płatów nadmiernie powietrzem rozdęte, blade, niedokrewne, w tylnych częściach płatów sino-czerwone, okazujące liczne ograniczone wysepki całkiem sine, nieco pod powierzchnią zaklęśnięte. Na przekroju w miąższu płatów dolnych znachodzą się drobniejsze ogniska ciemno-czerwone mniéj lub wcale powietrza niezawierające, zbitsze. Z oskrzelików wydobywa się wszędzie znaczna ilość cieczy śluzowo-ropiastéj. Gruczoły oskrzelowe miernie powiększone, dosyć miękkie, sino-czarne. Serce w rozmiarze podłużnym nieco powiększone, ściany komórki lewéj nieco grubsze. W jamach sercowych nieliczne świeże skrzepy krwi i włóknika. Mięsień sercowy prawidłowy. Śródsierdzie i zastawki prawidłowe. Wątroba rozmiarów prawidłowych, żółto-brunatnawa, dosyć znacznie stłuszczona, wnęka prawidłowa. Śledziona nieco większa, torebka cienka, nieznacznie pomarszczona, miąższ blado-wiśniowy spójności prawidłowéj. Obie nerki miernie powiększone, zwłaszcza grubsze. Torebka

cienka schodzi z łatwością z powierzchni gładkiéj okazującéj na tle bladém wyraźne nastrzykanie drobnych żyłek gwiaździstych a oprócz tego drobniutkie sine i ciemne punkta i plamki po wynaczynionkach. Na przekroju istota korowa szersza, miernie nad powierzchnię przekroju się wypuklająca, zabarwieniem swojém blado-szarawém z drobnemi punktami, kreskami i plamkami ciemno-czerwonemi lub sinemi, wyraźnie odbijająca od istoty piramid jednostajnie ciemno-czerwonych. Miedniczki okazują błonę śluzową, miernie nastrzykaną. Błona śluzowa całego żołądka zgrubiała, rozwątlona, prawie jednostajnie sino-szara. W całém jelicie cienkiém, zwłaszcza atoli w jelicie biodrowém, na błonie śluzowéj jelita biodrowego zgrubiałéj i rozwątlonéj powiększenie gruczołów odosobnionych i kępek Payerowskich bardzo wyraźne. Idąc od jelita ślepego stopniowo coraz to znaczniejsze widać zgrubienie i rozwątlenie a nadto plamiste zaczerwienienie błony śluzowéj, w którychto miejscach, zwłaszcza w częściach dolnych jelita grubego, prawie jednostajnie sino-czerwoną błonę śluzową okazujących, przylega do téjże ściśle i przenika takową warstwa wypociny brudno-szarawéj. Gruczoły odosobnione wszędzie w miejscach mniéj zajętych widoczne, okazujące w środku ciemne punkciki. Gruczoły karkowe i pozaotrzewnowe znaczniéj powiększone, przeważnie sine, przekrwione, podobnie są powiększone gruczoły limfatyczne w miednicy małéj i w okolicy kanału pachwinowego lewego.

Rozpoznanie anatomiczne: *Dysenteria sub forma diphtheriae intestini crassi, catarrhus ventriculi et intestini tenuis chronicus. Nephritis parenchymatosa haemorrhagica subacuta, infiltratio adiposa hepatis. Pneumonia lobularis partium posteriorum loborum inferiorum, bronchitis diffusa, atelectasis disseminata et emphysema marginale pulmonum. Pharyngolaryngitis chronica et adenitis phlegmonosa inguinalis sinistra. Hyperaemia meningum cerebri.*

Porównajmy teraz rozpoznanie anatomiczne z rozpoznaniem kliniczném a raczéj z objawami, jakie za życia choréj zauważyliśmy i przypatrzmy się, czy z objawów tych można było wnosić o istnieniu zmian, które w niektórych narządach na stole sekcyjnym znaleziono, i naodwrót, czy zmiany anatomiczne, które oględziny stwierdziły, tłumaczą nam w zupełności objawy kliniczne, z którémi za życia się spotykaliśmy. Przedewszystkiém uderza nas obecność zmian w jelicie grubém, które za „czerwonkę o postaci błonicowéj" poczytano, a które za życia choréj żadnym objawem się nie zdradzały, i zadać sobie musimy pytanie, czy zmiany te chorobowe mogły być pierwotnemi lub następowemi, a daléj, czy tłumaczą nam one ten obraz chorobowy, który się nam w ciągu dni 29ciu przedstawiał. O czerwonce wiadomo, że cechuje się głównie wypróżnieniami, parciem, kolkami, bólem około pępka i w odbycie, pragnieniem i dość szybkiém wychudnieniem: z wszystkich tu wyliczonych przypadów w ciągu całego trwania choroby ani jednego nie zauważyliśmy, owszem chora nasza skłonna była do zaparcia żywota tak dalece, iż właśnie na podstawie tego przypadu, w obec szeregu objawów ze strony narządu nerwowego, już 3/9 pomyśleliśmy na chwilę o zajęciu opon mózgowych, a tém bardziéj skoro pomimo wielokrotnych lawatyw z octu zaaplikowanych w dniu 3/9 mierne tylko wystąpiło rozwolnienie, które w dniach następnych, bez podawania jakichkolwiek środków ściągających lub narkotycznych, zupełnie ustało. Jeżeli zważymy daléj, że 12/9 drażniono znów jelita grube lawatywami z octu, że wstrzykiwano choréj kilkakroć podskórnie pilokarpin, który, jak wiadomo, często także i na błony śluzowe jelita wywiera swój skutek, że podawano choréj, celem usunięcia zaparcia stolca, kalomel od dnia 17/9, a więc wypróżnienia zielone, które w okresie końcowym dopiero bez jakiegokolwiek bólu lub parcia wystąpiły, do działania leku tego odnoszono, to oświadczyć musimy, iż na podstawie tych przypadów, które zauważyliśmy i w braku innych więcéj cechujących, żadną miarą czerwonki o postaci błonicowéj rozpoznać nie jesteśmy w stanie. Nasuwa się teraz pytanie drugie, czy czerwonka ta mogła być chorobą pierwotną lub téż tylko powikłaniem choroby głównéj, na wystąpienie którego złożyło się długotrwałe ropienie a zatém osłabienie, powtóre choroba główna, za którą zapalenie nerek uważaliśmy, a potrzecie zadrażnienie jelita częstemi lawatywami i kalomelem. Ponieważ objawy chorobowe pierwsze wystąpiły 23go sierpnia, a zatém choroba cała trwała dni 29, to przecież czerwonka dalejby już była postąpiła, napotkalibyśmy przy sekcyi zmiany okazujące dążność do zabliźnienia, albo téż przynajmniéj r o z l e g ł e j u ż o w r z o d z e n i a, podczas gdy znaleźliśmy tylko sino-czerwone zabarwienie błony śluzowéj pokrytéj miejscami wypociną, bez ubytku samejże istoty. Dla tego téż, pomijając już obraz kliniczny, z saméj nekroskopii wnosić musimy, iż czerwonka w przypadku naszym nie była chorobą pierwotną. Lecz gdybyśmy nawet na chwilę przypuścili, że ona była chorobą główną i pierwotną, czyż mogłaby ona tłumaczyć nam cały obraz chorobowy, czy mogłaby wywołać taki zbiór objawów, z jakiemi mieliśmy do czynienia i wystąpić już w samym początku z drgawkami, białkomoczem, utratą przytomności itd., a nie zdradzić się choćby tylko chwilowém parciem lub zwiększoną ilością wypróżnień? I to pytanie stanowczo zaprzeczyć musimy.

Dalszą zmianą, jaką sekcyja wykazała, było zapalenie nerek miąższowe, przyostre, o postaci krwotokowéj. Zapytajmy się pod względem etyjologii, do jakiéj szkodliwości wystąpienie jego odnieść należy, czy było ono pierwotném lub następowém a wreszcie, czy może ono wytłumaczyć nam wszystkie objawy ze strony narządu nerwowego? Co się tyczy punktu pierwszego, to odnosiliśmy, jak już wyżéj opisano, powstanie zapalenia nerek do przebytéj jakoby płonicy na téj tylko podstawie, iż najczęściéj następuje zapalenie nerek u dzieci po płonicy, i że na razie innéj przyczyny wyszukać nie mogliśmy, podczas gdy za przebytą płonicą przemawiało nieoznaczone bliżéj wzniesienie ciepłoty przez dwa dni, choć bez wszelkich objawów ze strony błony śluzowéj przełyku i migdałów, i wystąpienie zapalenia nerek w kilka tygodni późniéj. Sam przebieg jednak zapalenia nerek wcale był odmiennym od innych przypadków, jakie po płonicy zauważyć można. I tak pojawił się najpierw ślad białka w moczu, w prawidłowéj ilości oddanym, dnia 23/8, a już 24/8 białka nie można było wykazać, 27/8 napowrót występuje białko w znacznéj ilości, mocz jest krwawy a w osadzie stwierdzić można wałeczki Belliniego i liczne ciałka krwi a w 5 dni późniéj, bo 1/9, okazuje mocz tylko ślad białka zaledwo spostrzegalny. Daléj 3/9 znów mocz krwawy i znaczna ilość białka, a 9/9, zatém w dni 6, nie wykazuje rozbiór moczu nic nieprawidłowego. W dalszym przebiegu rozbierać moczu nie byliśmy w stanie, gdyż w skutek zupełnéj bezprzytomności oddawała go chora pod siebie, jednę tylko okoliczność zauważono, że moczyła dość często i obficie, gdyż podkłady często trzeba było zmieniać. Podczas całego trwania choroby nie wystąpiły nigdzie, z wyjątkiem tylko miernego obrzęku powiek górnych (23/8), obrzęki su-

rowicze, co przecież w zapaleniu miąższowém po płonicy prawie w każdym przypadku się przydarza, chyba że zejście śmiertelne zaraz w początkowym okresie nastąpi. Pewne wątpliwości nasuwa wreszcie i sekcyja sama, wykazująca postać zapalenia krwotokową, a zatém nieodpowiadającą tak lekkiéj płonicy, iż bez wysypki i prawie bez gorączki przebiegała, jakaby w przypadku naszym miała miejsce, a odpowiadającą raczéj zadrażnieniu nerek przez szkodliwości jakie chemiczne. Co do punktu zaś drugiego, czy zapalenie to nerek wystarcza do tłumaczenia wszystkich przypadów nerwowych, to odpowiedzieliśmy nań już rozważając rozpoznanie za życia a sekcyja wątpliwość naszą co do napadów mocznicowych o tyle popiera, że żadnego obrzęku nie wykazała. Chociaż niektórzy angielscy autorowie opisują przypadki mocznicy, która wystąpiła nagle mimo prawidłowéj zupełnie wydzieliny moczu i prawidłowego składu chemicznego (Roberts, Johnson), chociaż opisany jest przypadek, że bezprzytomność trwała w mocznicy dni czternaście (Zehender), chociaż w przebiegu mocznicy uważano także czasem porażenia, to jednak w całéj dostępnéj mi literaturze nie znalazłem przypadku, ażeby tak ciężka postać mocznicy, prowadząca do śmierci, wystąpiła śród tak nieznacznych i niestałych zmian w moczu, jak my to uważaliśmy, i żeby tak dziwaczny, prawie codziennie się zmieniający, przedstawiała obraz chorobowy, pominąwszy już tę okoliczność, że na podstawie przebiegu klinicznego przypuścić musielibyśmy cztery napady mocznicowe, w nieregularnych odstępach czasu po sobie następujące, a przegrodzone chwilami zupełnego zdrowia przynajmniéj pozornego dla braku wszelkich objawów chorobowych czy to przedmiotowych czy podmiotowych, dla któréjto okoliczności trudnoby już bardzo i najzaciętszym teoretykom znaleść przekonywające tłumaczenie. Dla tego téż i przypuszczenie mocznicy jako przyczyny samoistnéj dla objawów chorobowych w przypadku naszym zauważonych zadowolić nas nie może.

Co się tyczy wreszcie innych zmian, znalezionych przy sekcyi, t. j. zapalenia płuc i przekrwienia opon, to takowych dla powodów, których tu wyłuszczać wcale nie potrzebuję, za przyczynę obrazu chorobowego tak zawiklanego ani na chwilę posądzać nie można. Jakaż więc jest ostatecznie przyczyna tłumacząca nam zarówno i objawy kliniczne i rezultaty sekcyi? Gdy już po sekcyi jeszcze raz przebieg choroby rozważyliśmy, uderzyło nas, że objawy chorobowe wystąpiły równocześnie z opatrzeniem wrzodu za pomocą jodoformu, i że powtarzały się coraz groźniéj po dalszych zmianach opatrunku. I tak po zasypaniu jodoformem po raz pierwszy dnia 24/8, kiedy jeszcze dość ostrożnie z jodoformem co do ilości się obchodziliśmy, wystąpiły po raz pierwszy wymioty bez innéj przyczyny, które same przez się ustały i po których przez 2 dni, t. j. 25 i 26 sierpnia, nic nieprawidłowego nie spostrzegliśmy. Po opatrunku powtórnym jodoformem 27/8 wystąpiły ponowne wymioty i moczenie krwią, w dniach następnych stan znów się poprawił i wracał do prawidłowego aż do 2/9, w którymto dniu na nowo założono opatrunek jodoformowy, po którym w nocy wystąpiły po raz pierwszy drgawki 3godzinne z utratą przytomności i hematuryją. Utrata przytomności obok czucia prawidłowego trwała przez dobę, chora nie gorączkowała, dopiero 4go września powróciła do przytomności, wymiotowała jednak i była śpiącą. 5go zmieniono opatrunek, lecz dla braku jodoformu opatrzono karbolem a w następstwie chora miała się coraz lepiéj, apetyt wracał, wymioty ustały, a białko znikło zupełnie z moczu. Dopiero gdy 11go września zasypano wrzód na nowo jodoformem, wystąpiły napowrót wymioty, niepokój, drgawki, wykrzykiwania przeraźliwe, bezprzytomność i cały szereg przypadów ze strony narządu nerwowego, symulujący zajęcie ośrodków a prowadzący ostatecznie do śmierci. Zważywszy teraz, że niektóre osoby okazują idyjosynkrazyję przeciw jodoformowi, tak że mała już ilość wystarcza do wywołania objawów zatrucia, że zatrucie to wystąpić może nagle, że w niektórych przypadkach, a zwłaszcza u dzieci, przebiega śród objawów zapalenia opon mózgowych lub innego cierpienia mózgowego, że jod drażniąc nerki wywołać może hematuryję, białkomocz [1]) a nawet i zapalenie nerek, że pacyjentka nasza była właśnie anemiczną a zatém łatwiéj na otrucie narażoną, że nerki jéj w skutek długotrwałego ropienia wrzodu mogły już poprzednio okazywać zmiany chorobowe, zaczém przemawia obecność śladu białka w moczu badanym 23go, a więc przed 1szym opatrunkiem jodoformowym, a zatém nie były w stanie wstrzymać nagromadzenia się jodoformu we krwi (Czerny, König), że objawy chorobowe nie dały się podciągnąć pod żaden inny obraz chorobowy, że sekcyja nie wyjaśniła nam dostatecznie przyczyny owych objawów, że na podstawie zatrucia jodformowego bylibyśmy w stanie wytłumaczyć zarówno i objawy kliniczne, tak ze strony narządu nerwowego, jak i nerek a w części nawet i jelit, jak wreszcie i zmiany anatomiczne napotkane przy sekcyi między innemi także i stłuszczenie wątroby, dochodzimy do przekonania, że w przypadku powyżéj opisanym mieliśmy do czynienia z zatruciem jodoformowém, chociaż dla braku podejrzenia za życia nie badano moczu co do obecności jodu. Próby jednak, które późniéj na innych chorych z wrzodami wykonałem, okazały, że po opatrzeniu jodotormem jod szybko bardzo w moczu bezpośrednio wykazać można.

Absolutnéj pewności jednak, że przypady, w przypadku naszym zauważone, zależały wyłącznie od zatrucia jodoformem, mimo wszystkiego, co tu powiedziano, mieć nie można, tak samo jak i wyniku śmiertelnego nie możemy odnieść do samego jodoformu, gdyż 1mo prawdopodobnie nie znajdowały się nerki choréj już poprzednio w stanie prawidłowym — zaczém przemawia ślad białka w moczu przed pierwszém zasypaniem wrzodu jodoformem, choć ślad ten nazajutrz ustąpił, gdyż zdarzyć się to może przy częściowém zajęciu nerek w postaci zwłaszcza zapaleń przyostrych, 2do nie zauważyliśmy wybitnych objawów ze strony tętna (Schede, Mikulicz, König, Obaliński), które dopiero w okresie końcowym było nadzwyczaj częstém a nikłém, prawie niewyczuwalném, a 3tio znaleźliśmy przy sekcyi zmiany takie, któreby zejście śmiertelne bez działania jodoformu wywołać mogły, t. j. błonicę jelita i zapalenie płuc. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Ed. Wahl (w Dorpacie): **O złamaniach podstawy czaszki**

Według dawniejszych teoryj miały powstawać złamania podstawy czaszki albo przez odbicie *(contrecoup)* albo przez rozpromienianie *(irradiatio)* z miejsca, na które uraz zadziałał. W ostatnim czasie przypuszczano, że przerwa w łączno-

[1]) Krew, białko, przybłonki i wałeczki Belliniego, w moczu oddanym w skąpéj ilości zauważył König, *Ctbl. f. Chirurg. 1882*, Nr. 7 przyp. 26, 30 i Kocher *ibidem* Nr. 15, przyp. 1.

ści czaszki powstaje w pewném miejscu sklepienia i ztąd dopiero rozciąga się ku podstawie a przyznać należy, że ten sposób tłumaczenia, opierający się na znanych prawidłach, przemawiał bardziéj do przekonania niż dawniejsza teoryja wibracyjna. Ale i to zapatrywanie nie może się dziś ostać, zdaniem autora, skoro zwrócono baczniejszą uwagę na stosunki sprężystości czaszki, kierunek i punkty zaczepienia sił działających. Ze statystycznego zestawienia A. Schwartza wynikło, że gdy uraz zadziałał na boczne części czaszki, powstawało złamanie w dole czaszkowym środkowym równolegle do osi kości skalistéj; gdy zadziałał na czoło lub potylicę, pękała podstawa czaszki w kierunku strzałkowym, po urazie zaś w okolicę skroniową pękała skośnie; gdy nadto Messerer i Hermann oznaczyli doświadczalnie stosunki sprężystości i odporności kości czaszkowych, można było snadnie orzec, że złamania powstają na podstawie czaszki w kierunku siły działającéj lub przynajmniéj równolegle do tego kierunku, nie powstają przeto przez rozpromienianie lecz zostają wywołanemi przez ucisk czyli są pęknięciami. Przyznać należy, że jakkolwiek warunki, wśród których powstają złamania czaszki urazowe, rzadko odpowiadają warunkom, wśród których znajduje się czaszka podczas doświadczenia, to podobieństwo przebiegu złamań jest uderzające i musi mimo woli naprowadzić na myśl, że tu działają podobne czynniki jak wśród doświadczeń na zwłokach. Messerer twierdzi, że kula wydrążona może tylko w dwojaki sposób uledz złamaniu, w miarę materyjału z jakiego jest sporządzoną: albo przez zasunięcie na siebie lub rozsunięcie części najbardziéj uciśniętych lub też przez pęknięcie części najmocniéj wyginanych. Odnosząc tę zasadę do sprężystéj czaszki twierdzi, że pod wpływem urazu tępego może czaszka uledz złamaniu przez rozgniecenie: prostopadle do kierunku siły działającéj lub też równolegle do niego, t. j. pęknąć w kierunku południka, opasującego twór kulisty tak, że kierunek siły działającéj jest równoległym do płaszczyzny tegoż południka. Jeżeli się nadto uwzględni, że podstawa czaszki bywa nader rzadko narażoną na bezpośredni uraz, a to najczęściéj jeszcze za pośrednictwem stosu kręgowego, to dla większéj liczby przypadków, w których siła zadziałała na sklepienie czaszki lub na kości twarzowe, pozostaje tylko druga postać złamań, mianowicie pęknięcia, powstające wtedy, gdy osi poprzeczne czaszki zostają wydłużonemi a krzywizna południka staje się znaczniejszą. Z doświadczeń Hermanna wynika, że sklepienie czaszki posiada większą odporność niż podstawa. Tylko czaszki osób młodocianych ulegały niekiedy złamaniom przez rozejście się szwów wieńcowych i strzałkowych.

W niniejszém krótkiém sprawozdaniu nie podobna przytoczyć w streszczeniu szeroki wywód autora, objaśniony rysunkami i kilkunastu obrazami podstaw czaszek pękniętych, nie czyniąc uszczerbku zrozumiałości treści, ograniczamy się więc tutaj do przytoczenia ostatecznych wniosków, wysnutych na podstawie kombinacyi z uwzględnieniem doświadczeń anatomo-patologicznych.

1) W. rozróżnia cztery typy złamań podstawy czaszki, złamania poprzeczne, podłużne, w kierunku przekątni i pierścieniowe czyli okrężne, pierwsze trzy rodzaje są pęknięciami (*Berstungsbrüche*), ostatni jest strzaskaniem (*Zertrümmerungsbruch*).

2) Obojętném jest, na który punkt sklepienia uraz zadziałał i czy sprowadził w tém miejscu strzaskanie lub też nie. Szczeliny na podstawie powstają w skutek pęknięcia a nie w skutek irradyjacyi, a nawet w tych przypadkach, w których ma miejsce strzaskanie w miejscu bezpośrednio ugodzoném, nie należy ich uważać na dalszy ciąg strzaskania.

3) Kierunek siły działającéj rozstrzyga o kierunku pęknięcia.

4) Z kierunku pęknięcia można przeto wnosić z bezwzględną pewnością o kierunku zadziałania siły. (R. Volkmann. *Sammlung klin. Vorträge*, Nr. 228). *Dr. Schaitter.*

Gałęzowski. **Nowy sposób operowania zaćmy bez wycięcia części tęczówki.**

Gałęzowski aż do niedawna operował zaćmę według sposobu Graefego i otrzymywał pożądane wyniki, choć czasem wydarzały się przypadki zapalenia całego oka w takich nawet razach, w których nie było najmniejszéj podstawy pierwéj przypuszczać, iż wystąpi to powikłanie. W dwu ostatnich latach G. stosował najskrupulatniéj ostrożności przeciwgnilne, ale to nie miało wpływu. W ciągu ostatniego roku na 93 przypadków wydarzyło mu się 5 przyp. zapalenia całego oka, jak o tém na międzynarodowym Zjeździe w Londynie nadmienił. Nie dawno inny okulista paryski nadmienił o 7 przypadkach zapalenia całego oka z pośród 150 operowanych, a kilka innych wykazów statystycznych podobne podaje cyfry. Jakiż ztąd wniosek? Ani wycięcie tęczówki, ani linearne obwodowe cięcie nie zapobiegają następnemu zapaleniu. Wniosek ten coraz bardziéj trafiał G. do przekonania, a zwłaszcza gdy z początkiem roku spostrzegł przypadek zapalenia całego oka u jednego z prywatnych chorych, który cieszył się wybornym stanem zdrowia i któremu zrobiono przed 2 laty wycięcie tęczówki w celu ułatwienia następnéj operacyi. Wyjął mu G. zaćmę w najkorzystniejszych warunkach, operacyja się powiodła a zachowano jak najściśléj wszelkie antyseptyczne ostrożności. Jakież więc było zdziwienie operującego, gdy w ciągu pierwszych 24 godzin pojawiły się przypady ropienia rogówki z następowém zapaleniem tęczówki. Trudno znaleść wyjaśnienie takiego zdarzenia mimo wycięcia tęczówki, ale to jest jasném, że wycięcie tęczówki nie zapobiega takim powikłaniom. Powziął tedy Gałęzowski myśl powrócenia do dawnego sposobu francuskiego, do cięcia płatowego bez wycinania tęczówki, starając się jednakże zrobić płat odmiennego rodzaju. Wyniki, które otrzymał, zdają się bardzo zadowalać, tak, iż uważa on za pożyteczne opisać ten sposób i okazać, jak niesłuszną jest rzeczą przypisywać tęczówce wszelkie niepomyślne przypady, jakie pojawiają się po wyjęciu soczewki.

Rozbierając 959 przypadków operacyi zaćmy, które operował od r. 1874 i których opis zachował, przychodzi G. do następnych ważnych wniosków: 1) Że wycięcie części tęczówki w żaden sposób nie zapobiega zapalnym powikłaniom, jakie po wyjęciu soczewki nastają; 2) Że ono bywa często przyczyną następowéj zaćmy; 3) Że cięcia twardówkowe lub rogówkowo-twardówkowe są o wiele skłonniejsze do zrządzania następowych powikłań, niż cięcia rogówkowe, że one nie zapobiegają groźnym następowym zapaleniom rogówki i tęczówki. W obec niepowodzeń w własnéj praktyce, których w żaden sposób przeoczyć nie można i zważając na znaczną liczbę niepowodzeń, o których wspominają Wecker, Abadie i inni, postanowił G. zmienić sposób operowania i zbliżyć go o ile tylko można do dawnego francuskiego sposobu czyli sposób Daviela. Zmiana, którą G. zaprowadził, odnosi się do kształtu cięcia rogówkowego. Zamiast szerokiego płatu, którego obwód jest we wszystkich kierunkach oddalonym o 2 mm. od brzegu twardówkowego, wbija G. **nóż**

i wytyka w rogówce, tam gdzie ona się łączy z twardówką, lecz wierzchołek płatu robi o 2 mm. odległym od górnego brzegu twardówki. Cięcie więc jest w zupełności rogówkowe. W ten sposób wytworzony płat jest szerszy a nie tak wysoki, jak w dawnym sposobie Daviela i cięcie jest eliptyczne zamiast sferycznego, a w skutek tego łatwiejsze przyleganie i zabliźnienie rychlejsze. Przez taki kształt cięcia zyskuje się 2 mm. po każdéj stronie, a to dozwala i największych rozmiarów zaćmie bez trudności wystąpić. Źrenica rozszerza się pod uciskiem soczewki i dozwala jéj wolnego przejścia, a następnie sama przez się powraca do pierwotnego położenia lub téż nadaje się jéj takowe za pomocą delikatnego srebrnego drucika. Do dziś dnia G. operował tym sposobem w 56 przypadkach i ani razu nie miał groźniejszego następowego powikłania.

Postępuje on w następujący sposób: Po ułożeniu chorego na łóżku operacyjném lub stole rozwiera powieki sprężynowém rozwieradłem własnego pomysłu. Chwyta potém spojówkę tuż przy rogówce szczypczykami ustalającemi i ściąga oko delikatnie ku dołowi. Wbija następnie wązki nożyk Graefego w przeźroczystą rogówkę w miejscu, gdzie ona się łączy z twardówką 3 mm. poniżéj poprzecznego wymiaru. Końcem nożyka uciskając ku tyłowi do brzegu źrenicy pierwéj rozszerzonéj uciska torebkę, przecinając ją, a następnie wyciągając powoli nożyk wpycha go w poprzecznym wymiarze torebki, którą przecina w całej szerokości, poczém wykłuwa po przeciwnym brzegu rogówki w punkcie również 3 mm. pod poziomym wymiarem. Następnie powoli pochylając brzeg noża ku przodowi wycina płat rogówkowy w ten sposób, że wierzchołek jego ma być w odległości 2 mm. od górnego brzegu twardówki.

Po ukończeniu tego pierwszego aktu operacyi usuwa szczypczyki ustalające i rozwieracz i dozwala operowanemu parę sekund odpocząć. Kończy potém operacyję podnosząc dolną powiekę małym palcem, który wraz z łyżeczką uciska twardówkowy brzeg cięcia, podczas gdy chory ciągle silnie ku dołowi patrzy. Wielkim palcem lewéj ręki uciska się delikatnie dolny brzeg rogówki, a wtedy soczewka pojawia się najpierw w źrenicy, potém w cięciu a nakoniec występuje z oka.

Często zdarza się, iż po wystąpieniu soczewki tęczówka wraca sama od siebie do pierwotnego położenia a brzegi cięcia przylegają do siebie. W innych przypadkach tęczówka wypukla się i trzeba ją wsunąć do przodkowéj komórki za pomocą delikatnego srebrnego drucika. Jeżeli nieco z kory zaćmy pozostanie w źrenicy, usuwa się te resztki łyżeczką, którą można kilkakroć wprowadzić do przodkowéj komórki. Po ukończeniu rękoczynu puszcza się na otwarte oko mgłę karbolową, opatruje watą karbolową i zawiązuje oba oczy. Zwykle zlepienie rany nastaje w 24 lub 48 godzin. W jednym przypadku nie nastało ono w ciągu 6 dni. W 3 przypadkach nastało słabe zapalenie tęczówki 7, 8 i 10go dnia, które jednak łatwo ustąpiło przeciwzapalnemu leczeniu a w jednym przypadku powstało groźne zapalenie tęczówki w pierwszych 24 godzinach, lecz ustąpiło po natryskach mgłą karbolową i po zastosowaniu pijawek.

Gałęzowski widział 2 przypadki opadnięcia tęczówki, oba zdarzyły się 5 lub 6go dnia i w obu musiał wyciąć wypadłą część tęczówki. Ostateczne wyniki po wyjęciu tym sposobem są względnie lepsze od tych, jakie G. otrzymywał przy wycięciu tęczówki. Miał tego dowód na 2 chorych, którzy się poddali operacyi z powodu zaćmy jeden przed rokiem, a drugi przed 3 laty. W jednym z tych przypadków oko jedno operowano z wycięciem tęczówki, a drugie bez tegoż. Bystrość wzroku otrzymana w oczach operowanych bez wycięcia tęczówki jest o $1/3$ wyższą lub o $1/4$ od bystrości wzroku tych, które operowano z wycięciem tęczówki. Łatwo pojąć, iż oko z okrągłą źrenicą jest lepiéj zabezpieczone od nadmiernego światła, jest mniéj wrażliwe, a rozpraszanie świetlnych promieni jest téż w tym razie wiele mniejsze.

Od czasu, gdy ostatnie doświadczenie G. okazało znaczne korzyści wyjmowania zaćmy bez wycinania tęczówki, nigdy nie tyka on tęczówki, chyba w następnych razach: 1) Gdy w czasie cięcia rogówki tęczówka wpadnie pod nóż i ulegnie zranieniu. 2) W traumatycznych zaćmach powikłanych tylnemi przyczepinami. 3) W przypadkach, w których soczewka pokryta tęczówką nie da się naciąć. 4) Wycina się tęczówkę, gdy spostrzeże się, że była ugniecioną podczas przejścia twardéj soczewki o wielkich rozmiarach. *(The Lancet* 1883, Nr. III). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

B r a x t o n H i c k s. **Haemostatica**. *(Brit. med. journ.* 1882, p. 955). B. H. zamiast tamponady pochwy w krwotokach macicznych używa i zaleca tamponadę samego kanału szyi macicznéj, gdyż rzeczywiście tamponada pochwy, nietylko że często jest trudną ale zawsze dla choréj dotkliwą, ma jeszcze i inne niedogodności. Szyję maciczną tamponuje po prostu zakładając w nią laminaryję. Na prędce, w braku takowéj świeczkę, cewnik albo długi odpowiedniéj grubości patyk obwija na końcu watą, płótnem lub gąbką i wsuwa w szyję maciczną umocowując *in situ* lub w razie nagłéj potrzeby przytrzymując ręką, aż krwotok ustaje. Szczególnie dobrze ma działać ten sposób w poronieniach, gdzie mamy także zgięcia macicy, gdyż zarazem wyrównywa zgięcie. *Kohn.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

II Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 7 lutego 1883.

Zastępca przewodniczącego Dr. K w a ś n i c k i. Członków obecnych 40. Dr. Strojnowski ze Lwowa jako gość.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Doc. G r a b o w s k i wręczył w imieniu Towarzystwa ze stosownem przemówieniem Przewodniczącemu roku zeszłego Drowi Jordanowi obraz Fałata: „Zadumana“, jako wyraz wdzięczności i uznania od członków Tow. Dr. Jordan w szczerych słowach podziękował Tow. za ten dowód życzliwości koleżeńskiéj.

3) Jednogłośnie wybrano Dra Michała J a n o c h ę członkiem korespondentem a Dra St. K o y a członkiem czynnym Towarzystwa.

4) Kol. Dr. S c h r a m m przedstawił z kliniki prof. Mikulicza 9 letniego chłopca z wadą wrodzoną ręki prawéj. Przedramie prawe jest znacznie grubsze od lewego, w dotyku elastyczne, a na powierzchni skóry zauważyć można rozszerzone żyły w różnych przebiegające kierunkach. Dłoń téjże odnogi prawie w trójnasób we wszystkich trzech kierunkach powiększona, przy ucisku elastyczna i nieco bolesna. Na powierzchni spostrzedz można żyły znacznie rozszerzone, pokręcone i w różnych kierunkach przebiegające, a przy głębszym ucisku wyczuć można kłębki tychże naczyń, jakby zwitki sznurów. Palec 4 i 5 téjże ręki jest prawidłowéj wielkości; palec zaś środkowy, wskazujący i wielki, grube, zniekształcone, przedstawiają obraz wyżéj opisany. Ruchomość ręki upośledzona. Prelegent uważa zmianę tę

jako wrodzone *Aneurysma varicosum*. W dyskusyi prof. Madurowicz sądzi, że przyczyną tego zniekształcenia jest sprawa śródmaciczna, a mianowicie ma na myśli więzadła Simonarda, które często wśród życia płodowego wzrost członków wstrzymują. Na skórze u noworodków często można resztki tych więzów widzieć. Prof. Browicz nie podziela tego zdania, albowiem w przypadku obecnym resztek tych więzów nigdzie zauważyć nie można. Jestto według zdania mówcy zwykła rozstrzeń naczyń żylnych, która do zniekształcenia ręki się przyczyniła.

5) Kol. Dr. Gluziński opowiedział przypadek ciekawy pod względem rozpoznawczym z kliniki prof. Dra Korczyńskiego. Młodego chłopca z objawami znacznéj duszności przywieziono do kliniki, a objawy wypukowe i wysłuchowe przemawiały za rozpoznaniem wypociny opłucnowéj prawéj większego stopnia; mianowicie rozmiary klatki piersiowéj strony prawéj były większe od strony lewéj, strona ta przy ruchach oddechowych była nieruchomą, przestwory międzyżebrowe wygładzone i napięte. Odgłos wypukowy téjże strony był od szczytu ku dołowi tak z przodu jak i z tyłu stłumiony, szmery oddechowe w dolnéj części osłabione, symptom Baccellego wyraźny. Serce było ku stronie lewéj dość sporo przesunięte. Przy dokladniejszém jednak badaniu wykryto objawy, które poprzednie rozpoznanie nieco mąciły, a mianowicie odgłos bębenkowy, który można było wydobyć w 3cim przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od sutka, jakotéż ujemny wynik kilkakrotnych punkcyj próbnych, z trójgrańca bowiem ledwie kilka kropli krwi wychodziło, a robiący punkcyje doznawał uczucia, jak gdyby narzędzie do jakiegoś ciała stałego o konsystencyi ciastowatéj wchodziło. Z tego powodu przechyliło się rozpoznanie ku nowotworowi klatki piersiowéj, a mianowicie drogą wykluczenia prof. Korczyński rozpoznał: *Lymphosarcoma mediastini postici*, co też sekcyja w zupełności stwierdziła. W dalszym ciągu prelegent z wyników sekcyi tłumaczy objawy spostrzegane za życia, a mianowicie odgłos bębenkowy w 3cim przestworze można było uważać za odgłos tchawicowy względnie oskrzelowy Wiliamsa, a następnie podnosi szczegóły godne uwagi, jak kolosalne rozmiary nowotworu, wyjście jego z śródpiersia tylnego, jakotéż brak przerzutów. Nowotwór nie wkraczał w narządy sąsiednie, tylko je wypychał ku stronie przeciwnéj, ztąd brak wyraźnych objawów uciskowych na przełyk, układ naczyniowy itd. Symptom Baccellego nie miał w tym przypadku znaczenia rozpoznawczego a zestawiając istniejące zapatrywania, przechyla się prelegent na stronę tych autorów, którzy nie przypisują temu objawowi tak bezwzględnego znaczenia, jak to czynił Baccelli. — W dyskusyi zabiera głos kol. Dr. Kwaśnicki, który także badał owego chłopca; nim do kliniki został przywieziony. Gdyby miał ponownie podobny przypadek, nie potrafiłby rozpoznać nowotworu przed wykonaniem nakłócia próbnego; wiek młody chorego, brak nowotworu w innych narządach, wszystkie inne objawy przemawiające za wypociną, zdecydowałyby mowcę do rozpoznania wypociny, jako częściéj zdarzającéj się aniżeli nowotworu. Tylko nakłócie próbne może rozstrzygnąć w przypadkach wątpliwych, czy mamy w jamie opłucnowéj ciało stałe, lub płynne.

6) Kol. Dr. Buszek podnosząc ważność kontroli policyjno-targowéj nad mlekiem, zastanawiał się nad przymiotami mleka zbieranego i niezbieranego jakotéż śmietany, nad zwykłemi zafałszowaniami mleka i wyjaśnił sposoby, za pomocą których można je wykryć. Dłużéj zatrzymywał się nad okazywaniem szczegółów składających przyrząd Fessera, służący do badania mleka i odbył nim próbę na mleku, jakie na targu sprzedają. Wynik badania był zadowalający. W dyskusyi zabierali głos koll. Wilkosz i prof. Korczyński.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg,
sekretarz.

VII. Higijena noworodków i kobiet ciężarnych w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Sułtan - Czair w Małéj Azyi.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Powróćmy jednak do domów rodzin chrześcijańskich. Gdy przypadek postawi nas w obec mamki zajętéj ubieraniem dziecka podług wskazań otrzymanych od rodziców, litość nas weźmie na widok cierpień, na jakie bywa narażone niemowlę w ciągu téj tak na pozór prostéj czynności. Prawidłem ogólnie panującém na Wschodzie jest zwyczaj, że noworodki w pierwszéj epoce rozwoju, t. j. w ciągu pierwszych pięciu miesięcy życia, należy mocno obwijać opaską noszącą nazwę „faskia“. Opaska taka zawsze flanelowa a często podszyta jeszcze grubém płótnem, poczynając od stóp obejmuje cały ustrój aż do szyi, nie wyłączając i odnóg górnych, wyprostowanych w długość tułowia. Głowa tylko jest jedną z części niepodlegających obwijaniu, pomimo to jednak przedstawia kolor fijoletowy, następstwo widoczne trudności w krążeniu i nawału krwi, wywolanych przez zbyt silnie nałożoną opaskę. Tak upowite dziecię wygląda poprostu jak mumija egipska. Powijanie samo odnawia się dwa razy na dzień; nie w celu jednak zmiany pieluszek, a tylko dla silniejszego ściśnięcia opaski. Podług bowiem panujących przesądów i podług wskazań otrzymanych od akuszerek jest rzeczą niezbędną unieruchomić odnogi i tułów noworodka, przez to bowiem sprzyja się ich regularnemu rozwojowi i przyczynia się tém samém do nadania im postawy „prostéj jak cyprys“. Nie dość na tém. Dziecko powite w tę nieruchomą opaskę układa się w kolebkę i ta ostatnia opasuje się znowu nie już flanelową opaską lecz szerokiém jedwabném przykryciem, uzupełniającém i tak już zbyteczne powijanie. W ten sposób jest się pewnym, że dziecko pozostanie w położeniu nieruchomém i naprzód bywa się zadowolonym, że jego rozwój odbędzie się w warunkach najbardziéj korzystnych, dających mu budowę niezbyt daleką od klasycznéj. Łatwo jednak przewidzieć i przekonać się, mianowicie w pierwszéj epoce życia niemowlęcia, że podobne upowijanie nie wywoła innych następstw, jak tylko powstrzymanie swobodnego rozwoju i zniekształcenie całego ustroju noworodka. Na nieszczęście też tak zwykle bywa. Po upływie bowiem kilku miesięcy badając odnogi dziecięcia, znajdziemy je w stanie wiotkim, wygięte i mniéj rozwinięte aniżeli być powinno. A ztąd i przykre następstwa opóźnionego chodzenia, krzywica itp. Nieskończona też ilość przykładów dowodzi nam, że największa liczba mieszkańców Wschodu jest wzrostu średniego i że odnogi zbyt znacznie wygięte czynią ich chód niepewnym, wahającym się, że tak się wyrażę, kaczym. Powijanie, o którém wspomniałem, nie jest jedyną przeszkodą w dobréj budowie i prawidłowym rozwoju niemowlęcia. Wypada zauważyć, że pokój w domu najciaśniejszy i najgorzéj przewietrzany bywa zwykle stancyjką sypialną dla dziecka. W takimto zwykle kąciku mamka ze swym wychowańcem przepędzają dnie i noce, przy ściśle zamkniętych drzwiach i oknach pokoiku, w powietrzu ściśniętém prawie niewłaściwém do oddechania. Zdarzyło mi się też nieraz odczuć zaduch i zapoznać się z niemiłym odorem wydzielającym się z sypialni dziecka w przypadku, gdy wypadało tam przeniknąć w celu niesienia pomocy. Gdy dodam, że mieszkańcy tutejsi, opierający się z gniewem przewietrzaniu pokoi przez otwarcie drzwi i okien, używają z przesadą kadzideł takich jak Cascarilla, Olibanum lub Ambra, z łatwością ocenimy jakość powietrza, którém oddecha biedny noworodek. Jeżeli jednak w domach chrześcijan ilość metryczna potrzebnego do oddychania powietrza jest bardzo niedostateczną, to za to w domach tureckich spotkamy się ze stanem zupełnie przeciwnym. Tam bowiem, dzięki samemu rodzajowi budowy domów (zlepionych jak się ktoś do-

wcipniej wyraził z pudełeczek po zapałkach), powietrze, z powodu licznych korytarzy, przedsionków, nieokrytych schodów i zawsze prawie otwartych okien, bywa zwykle tak rozrzedzoném i chłodném, że będąc dla przyzwyczajonych bardzo przyjemném, wywiera tylko szkodliwy wpływ na delikatny ustrój noworodka. Stany więc nieżytowe i zapalne narządu oddechania są rzeczą pospolitą pośród dzieci i rodzin wschodnich.

Należałoby się spodziewać, że w miarę wzrostu dziecka sytuacyja jego powinna się polepszać. Tak jednak nie bywa a przyczyną tego są idee i zasady samego wychowania. Nie prędzéj niż po upływie pięciu miesięcy biedna istota zaczyna od czasu do czasu wychodzić ze swéj kryjówki. Wtedy więc uwalnia się ze swego upowicia i udaje w odwiedziny do krewnych lub do miejsc publicznych dla zapoznania się ze światem zewnętrznym. Pospieszę jednak dodać, że podobna przechadzka jest dlań zwykle niekorzystną. Dostawszy się bowiem w ręce krewnych młody gość bywa przedmiotem uścisków, podrzucań, przenoszeń z ramienia na ramię, i to dopóty, dopóki niezrozumiałe dlań pieszczoty znużą go i zmuszą do płaczu. Gdy zaś mamka jest młodą i wesołą, wtedy zamiast odwiedzania krewnych, przenosi zwykle świeże powietrze, udając się z dzieckiem na place publiczne, do ogrodów itp., gdzie pozostawiwszy swego wychowańca na krześle lub ułożywszy na ziemi, sama oddaje się rozrywce, podczas gdy dziecko bywa narażone na spadnięcie z krzesła lub na niewygodne tarzanie się po wilgotnéj ziemi. W takito sposób niemowlę korzysta ze świeżego powietrza. A i z powrotem do domu nie czeka go tam wypoczynek, a tylko po zamknięciu w ciasnym pokoiku co prędzéj upowija się go na nowo, ażeby wyprostować i wyprężyć odnogi, z których swobody biedny malec korzystał w ciągu krótkiéj swéj przechadzki. Takie zaś postępowanie z noworodkiem trwać zwykło w ciągu całego okresu karmienia.

Pod względem żywienia się mamki mógłbym przytoczyć liczne szczegóły, wszystkie bezwarunkowo szkodliwe dla zdrowia dziecka. Ograniczę się jednak do opowiedzenia wydatniejszych. Młoda wieśniaczka po przybyciu ze swéj okolicy nigdy niezadowala się zdrową i delikatną dyjetą; głównie zaś zwykła narzekać na bardzo umiarkowaną ilość pokarmu, jaki otrzymuje w mieście. Z tego więc powodu stara się najprzód zadowolić popędy swego apetytu, żywiąc się tém, do czego jest przyzwyczajoną. Chciwa pokarmów surowych, ostrych, gorzkich, koniecznie zaprawionych czosnkiem, stara się korzystać z każdéj okazyi, aby tylko spożyć je w ukryciu, w kuchni lub na przechadzce. W innych znowu razach są to skłonności do sycenia się pokarmami wymyślnemi, o których egzystencyi we własnéj wioszczyznie nie miało się nawet przeczucia. Tutaj więc figurują rozmaite potrawy mączne, owe ciężkie i niestrawne wschodnie „Pakławy, Boreki", tłuste i pieczone w cukrowym ulepku; daléj wyroby cukiernicze, drób i w ogóle potrawy z przyprawą aromatyczną i podniecającą. Pomimo zakazów, próśb nawet, nikt nie jest w stanie wzbronić mamce ich użycia. Bo jakąby nie była przezorność i ostrożność rodziców, zawsze znajdzie się stosowna chwila, z któréj korzystając, mamka pospieszy zadowolić swój apetyt. Czasem jednak czujniejsi rodzice sadowią mamkę do wspólnego stołu i wtedy poddają ją wyłącznéj dyjecie. Lecz podobne postępowanie drażni tylko wieśniaczkę, czyni ją zgryźliwą, opieszałą, a niekiedy mszczącą się nawet na dziecku za to jedynie, że się sprzeciwiano jéj wybrykom. Jedném słowem wszystkie przepisy dotyczące żywienia się mamki i fizycznego wychowania dziecka, gdzieindziéj tak ściśle przestrzegane, na Wschodzie, jeżeli nie są zupełnie zaniedbane, to przynajmniéj mało uwzględniane.

Po przejściu pierwszego okresu życia, t. j. epoki karmienia piersią, po ukończoném pierwszém ząbkowaniu dziecko może już przyjmować pokarmy bardziéj stałe. Lecz pośród dzieci wschodnich osłabienie ustroju, a mianowicie odnóg, bywa tak znaczne, że bardzo często w drugim roku życia dziecko nie może się jeszcze utrzymać na nogach. Jego główka jest cięższą od innych części ustroju, i rodzice, nie wiedząc czemu przypisać ten opóźniony stan rozwoju, przypuszczają jako przyczynę niedostateczne odżywienie, przedłużając karmienie piersią jeszcze na dalsze sześć miesięcy. Nierzadko więc daje się spotykać dzieci 2 lub 2½ roku liczące ssące jeszcze pierś mamki, którą rzucają dopiero wtedy, gdy ucisk ząbkami staje się zbyt dotkliwym. Wówczas mamkę się odprawia i zastępuje niańką, mającą za zadanie nauczyć dziecko chodzić.

Lecz i niańki nie wiele więcéj są warte od mamek. Zamiast bowiem ułatwiania dziecku robienia pierwszych kroków, niańki przeciwnie utrudniają je tylko, wyszukując najrozmaitsze sposoby ku zmniejszeniu ile możności nudów i kłopotów, jakie sprawia dziecko w tym wieku. Biorą się zaś do tego w następujący sposób. Pierwsza niańka, jaką spotkamy w miastach wschodnich na ulicy czy też w miejscach spacerowych, przedstawi się nam z dzieckiem na ręku, t. j. że dziecko bywa ułożone na ramieniu niańki, a jego odnogi ulegają silnemu uciskowi w celu utrzymania go prosto i zabezpieczenia od upadnięcia, w razie niespodziewanego ruchu dziecka lub niestrożności saméj niańki. Innym znowu razem niańka przybywając na miejsce przechadzek, zamiast zająć się powolném wprawianiem dziecka do chodu, zajmuje się odszukaniem tu swych ziomków i przyjaciół, i ponieważ ciężar dziecka znużył już jéj ramię, sprawia więc sobie rychłą ulgę, sadowiąc dziecko na ziemi, bez względu czy ta ostatnia jest wilgotną, czy też rozpaloną promieniami słońca. Rzecz dla niéj najważniejsza jest to spokojne zachowanie się dziecka. Dla tego pozostawiać mu się zwykło największą swobodę czołgania się po ziemi i zbierania tego wszystkiego, co na niéj znajdzie. Ztąd więc dzieci noszone i kierowane w ten sposób, często do czwartego roku życia nie mają sposobności spróbowania swych sił, co téż i czyni je niezdolnemi do prostego trzymania się. Rodzice wtedy zmartwieni i zaniepokojeni stanem dziecięcia, decydują się zażądać rady lekarza i dziwią się bardzo, gdy ten ostatni oświadczy im, że dziecko dotknięte jest stanem krzywicy. To rzecz nieprawdopodobna powiadają sobie. Wszak robiono wszystko do uniknięcia téj choroby, przeciwnie jednak, zdaniem badającego, zostało zrobioném wszystko, co sprzyja jéj rozwojowi, tak że w końcu czwartego lub piątego roku życia jako następstwo tylu starań, zabiegów i wydatków na mamki i niańki, będziemy mieć dziecko dotknięte groźną wadą ustrojową, szczupłe, blade, wyschłe, nierozwinięte, często bardzo dotknięte zakażeniem zołzowém, źle odżywione, słowem mające wejrzenie dziecka spłodzonego przez rodziców chorych.

Następstwa podobnie opłakanego stanu rzeczy dotyczą zarówno obojéj płci. Chłopcy jednak, jakkolwiek przedstawiający budowę wątłą, mają jednak więcéj warunków do następnego wzmocnienia się. Przeciwnie zaś dziewczynki, już od natury przeznaczone do przebywania zmian ustrojo-

wych zawsze trudnych i groźnych, przy stanie wad wywołanych złém wychowaniem, już wcześnie stają się niezdolne do korzystnego wywiązania się z zadań wywołanych takiemi okolicznościami, jak ciąża i poród. Niesłusznėm więc jest zdanie tych, którzy sądzą, że życie mieszkańców Wschodu odbywające się w warunkach bardziéj naturalnych, powinno sprzyjać rozwojowi narządów, powiększyć liczbę fizyjologicznych porodów, usunąć lub oddalić przypadki, a tém samém ograniczyć pośrednictwo sztuki. Błąd to bardzo wielki; powodem zaś jego jest wychowanie dzieci w warunkach grzeszących przeciwko najelementarniejszym zasadom higijeny.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ Otczoty Medicinskawo Departamenta ministierstwa wnuternich dieł za g. 1879 i 1880 (c. d.)

Zastanawiając się daléj nad liczbami zaczerpniętemi z komisyj rekruckich, Dr. Herzenstein dochodzi do takich samych wniosków, jakie wyraził na początku obecnego sprawozdania, a mianowicie, że śmiertelność plemienia wielkorosyjskiego i jego schorzałość są nadzwyczaj wielkie. Dwudziestoletni wiek jest wiekiem siły i zdrowia: schorzałość dwudziestoletnich popisowych daje miarę złego stanu zdrowia całego narodu. Przyczynę złego wyjaśni sprawozdanie ministeryjalne, w którém czytamy kategorycznie podane powody schorzałości popisowych: 1) chorowitość i niedołęztwo w skutek złych warunków higijenicznych, w których wychowywali się i wzrośli popisowi, 2) zaniedbane wyleczenie się z przebytych, ostrych i chronicznych chorób, 3) zupełne nieotrzymanie pomocy lekarskiéj itd. Liczba chorych i niedołęgów odnoszących się do wymienionych kategoryj wynosiła roku 1880: 71% wszystkich zbrakowanych rekrutów; jest ona dostateczną podług Herzensteina, ażeby nabrać przekonania o fizycznym upadku wielkorosyjskiego plemienia.

W dalszym ciągu sprawozdania przechodzi Dr. H. do szczegółowych wyjaśnień, mających poprzeć jego twierdzenia; na pierwszém miejscu kładzie on plagę naszych czasów: błonicę (*diphtheritis*). Choroba ta dziś panuje na całym obszarze Państwa rosyjskiego, zarówno w zimnym pasie Archangielskiéj gubernii, jak w południowym Krymie, Kaukazie i dalekim Sybirze, a wzrost jéj i zwiększająca się liczba ofiar mogłyby wzniecić słuszną obawę wymarcia narodu, gdyby nie ten pewnik, że błonica tak jak i inne choroby zakaźne, że się tak wyrazimy przeżywa się, że z biegiem czasu utraca swą siłę i swą złośliwość. Herzenstein zastrzega się przed przypisaniem liczbom ministeryjalnym znaczenia nieomylnego; przeciwnie jest on przekonania, że liczby te są niezmiernie niższe od rzeczywistych, których zebranie z wielkiego obszaru cesarstwa w obecnych stosunkach jest prawie niemożebném.

	liczba gubernij nawiedzonych błonicą	zachorowało	umarło
W r. 1876	8	25.786	8,536
„ „ 1877	15	46.136	18,698
„ „ 1878	29	63 613	23.412
„ „ 1879	46	83.275	33.815
„ „ 1880	65	124.197	44.428
	Razem	343.007	128.916

Zatém w ciągu lat pięciu liczba zapadających na błonicę pomnożyła się pięć razy. Gdyby daléj tak szły rzeczy, krocie zamieniłyby się na milijony.—Dr. Zienniec wykazał (*Wracz* Nr. 1), że w Petersburgu śmiertelność z błonicy wzrasta w stosunku geometrycznym 1:2:4 itd. Z naszéj strony dodać musimy, że w latach 1881 i 1882, nieobjętych sprawozdaniem, błonica szerzyła się na daleko szerszym obszarze i o wiele była złośliwszą, aniżeli w latach poprzednich, z których daty statystyczne przytoczyliśmy.

Ω Ciekawy przypadek zarazy śledzionowéj obserwowano ostatniemi czasy w Poznańskiém. W pewnéj wsi padła owca po krótkiéj chorobie. Przed śmiercią nastąpiły częste wypróżnienia krwawe, smołowate. Na podstawie tego rozpoznano wąglik i zarządzono stosowne ostrożności. Przy sekcyi okazało się jednak, że tak śledziona jak i płuca, wątroba były zupełnie prawidłowemi. Tylko w kiszkach znaleziono znaczne zmiany. Krew wynaczyniona między ściany kiszek tworzyła duże pęcherze. Również w samych kiszkach znajdowała się znaczna ilość krwi wynaczynionéj. Skutkiem powstałéj wątpliwości co do rodzaju choroby posłano kawałki kiszek do zbadania Dr. Kochowi do Berlina. Dr. Koch wydał następujące orzeczenie: w krwi wynaczynionéj między ściany jelit, która je w postaci pęcherzów wydęła, znajduje się dość wiele prątków wąglika. Szczególniéj znaczną ilość prątków napotyka się w kosmkach jelit, które skutkiem wynaczynionéj krwi popękały w wielu miejscach. Ztąd krew dostała się do przewodu pokarmowego i wywołała odchody krwawe. Że śledziona jest niezmieniona, to nie wyklucza zarazy śledzionowéj. Formy zarazy śledzionowéj ze zmianami, ograniczającemi się tylko do przewodu pokarmowego, znajdowano już u ludzi. Wskazuje to tylko, że zmiana wywołująca chorobę dostała się *per os* do przewodu pokarmowego.

Ω Ostatniemi czasy Bucher robił doświadczenia dezinfekcyjne na śliniankach i innych przedmiotach, na których znajdował się przyrzut wąglika. Paski płótna, mniéj więcéj 0.6 cm. szerokie, napawał o ile możności jednostajnie prątkami lub zarodnikami zarazy śledzionowéj, suszył i wystawiał na działanie środków dezinfekcyjnych. Skutki dezinfekcyi oceniał w ten sposób, że kawałki paska na 2 cm. długie szczepił myszom białym. Kwas siarkawy gazowy, otrzymany przez spalenie 29 gramów siarki na 1 metr sześć., i to w ciągu 3 dni, nie okazał się skutecznym. Prątki uległy zagładzie dopiero wypalono 100 grm. siarki na 1 metr sześć. powietrza, i wystawiono kawałeczki płótna przez dni 17 na działanie SO_2. W tym razie jednak prędzéj ulegały zniszczeniu zarodniki niż prątki.— Następnie dano kawałeczki płótna do rozczynu wyciągu mięsnego i gotowano. Ciepłota 75—80° C. przez $1\frac{1}{2}$ godziny wcale nie zabiła grzybków, dopiero tak zarodniki jak bakteryje ginęły przy ciepłocie wyższéj niż 90°. Wreszcie B. robił doświadczenia nad wpływem suchego gorącego powietrza. Ogrzewanie przy 110° C. w ciągu $2\frac{1}{2}$ godziny zabiło zupełnie prątki. Ciepłota 100° C. działała tak samo lecz dopiero po upływie 4 godzin. (*Allg. med. C. Ztg.* 1883).

Ω Palenie zwłok ludzkich zyskuje w Niemczech coraz więcéj zwolenników. Na Wystawie berlińskiéj higijenicznéj urządza niemieckie Towarzystwo palenia zwłok osobny oddział. Fryderyk Siemens z Drezna ma zbudować piec swego pomysłu. W czasie wystawy palić będą w tym piecu tak zwłoki zwierzęce jak i ludzkie. W osobnym pawilonie pomieszczone będą urny różnego wyrobu, trumny i inne modele, daléj okazy popiołów otrzymanych ze spalenia zwłok ludzkich, różne plany, dzieła itd. Towarzystwo berlińskie palenia zwłok liczy obecnie 220 członków zwyczajnych, 2 honorowych i 12 korespondentów. Podobno i Magistrat berliński zamierza pozwolić Towarzystwu zbudować na założyć się mającym nowym cmentarzu głównym piec dla palenia zwłok.

W Chicago utworzyło się również Towarzystwo palenia zwłok. Kapitał zakładowy tego Towarzystwa wynosi już 100 tysięcy dolarów.

□ *Revue scientifique* podaje, że w domach w Holandyi znajduje się owad z rodziny myriapoda, który posiada szczególną własność wydzielania z siebie kwasu pruskiego; drażniony wydaje płyn cuchnący gorzkiemi migdałami; rzecz ta została chemicznie stwierdzoną przez Egelinga.

□ W Berlinie istnieje Stowarzyszenie dla obrony interesów i praw lekarzy berlińskich, które do swych zadań zalicza i odbieranie należytości za wizyty lekarskie od niepłacących pacyjentów. W r. 1882 Stowarzyszenie domagało się zapłaty 6630 razy, należytość wynosiła 135,821 marek; uiszczenie długu nastąpiło 3825 razy na sumę 69.625 m. Stowarzyszenie pobiera 10% z odebranéj kwoty na wydatki biórowe. (*Allg. med. Central Ztg.* 21 marca.)

Ω Deputowany Piegre, wniósł w parlamencie francuskim, aby Rząd wyznaczył rodzicom premiję za znaczniejszą liczbę dzieci. Piegre popierał wniosek swój tém, że w ciągu lat od 1876 do 1881 w 42 departamentach ludność wzrosła o 755 tysięcy, w 45 zaś pozostałych zmniejszyła się o 339,700, czyli, że przyrost w ciągu lat 5 wynosił tylko 415,300. Z liczby téj trzeba jeszcze odciągnąć 199,300 obcych, którzy się osiedlili w ciągu tego czasu we Francyi. Tym sposobem przyrost naturalny wynosi tylko 216,000, tj. $^6/_{10}$ procent. W tym samym przeciągu

czasu ludność Niemiec, mimo znacznéj emigracyi, wzrosła o $6^{3}/_{10}$ procent, tj. w stosunku 10 razy większym niż we Francyi.

Ω Według urzędowych wiadomości wybuchła w Persyi w kilku wsiach położonych na granicy tureckiéj pod Suleimanje choroba nader gwałtowna, jak się zdaje dotąd zupełnie nieznana, przebiegająca pośród objawów podobnych do wścieklizny. Władze tureckie wysłały komisyję z lekarzy dla zbadania téj choroby.

○ W Nrze 1ym czasopisma „*Cursalon*“ z dnia 8go bm. znajduje się zestawienie liczby gości kąpielowych w różnych zdrojowiskach i miejscach leczniczych w l. 1881 i 1882. Zestawienie to dotyczy 132 miejsc. Z galicyjskich wymieniono tylko Krynicę, Szczawnicę, Rabkę i Zakopane. Ogólna liczba gości wynosiła:

w r. 1881 : 548.829 a w r. 1882 : 572,882.

Najliczniéj odwiedzanym był zdaje się Wiesbaden, wykazuje bowiem w r. 1881 : 77,662 a w 1882 : 79,085 osób.

○ Dnia 4 b. m. odbyło austryjackie Towarzystwo higijeniczne w Wiedniu Walne zebranie pod przewodnictwem starszego radzcy budownictwa Stacha (w zastępstwie radzcy dworu Billrotha). Po załatwieniu spraw administracyjnych sekretarz generalny Dr. Mundy miał wykład: „Van Swieten i jego wiek“.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 kwietnia. „Czas“ z d. 7 bm. donosi co następuje: „Prof. Dr. Zygmunt Wróblewski wspólnie z prof. Drem K. Olszewskim dokonali d. 4 kwietnia skroplenia tlenu. Gaz ten, dotąd nigdy nie był widziany w stanie cieczy i był doprowadzony przez Cailletetego w Paryżu tylko do tego stopnia, że będąc uwolnionym z pod bardzo wysokich ciśnień, tworzył widoczną mgłę. Nasi uczeni wystawiwszy tlen na działanie niezmiernie niskiéj temperatury, jaka nigdy jeszcze dotąd nie była przez nikogo otrzymaną, przeprowadzili gaz ten w stan zupełnie ciekły. Dodamy, że nad zadaniem tém pracowano już od lat pięćdziesięciu i że rozwiązanie go stanowi jeden z najwyższych tryjumfów doświadczalnéj fizyki.“ A d. 8 dodaje: „W liczbie powinszowań z powodu skroplenia tlenu, o którém podaliśmy wiadomość w dniu wczorajszym, otrzymał prof. Wróblewski następujący telegram z Paryża od członka paryskiéj Akademii Umiejętności Debrayego i od sekretarza stałego téjże Akademii Dumasa, wielkiego francuskiego chemika: *Professeur Sigismond Wróblewski Cracovie. Mes fe icitations et celles de Mr. Dumas. Debray.*“

Przypominamy, że na możność skroplenia tlenu zwrócił uwagę Raoul Pictet w Genewie (patrz Przegląd Lek. z r. 1878, Nr. 1) d. 22 grudnia 1877 r.; pp. Wróblewskiemu i Olszewskiemu zawdzięczamy uskutecznienie doświadczenia według zasad umiejętnych.

* W ostatnim czasie przystąpili do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie Dr. Buzdygan Wojciech z Zakopanego, Dr. Kopff Leon z Krakowa i Dr. Ebers Henryk z Sassowa.

* W Nrze 77 *Gazety Polskiéj* z d. 7 bm, korespondent z Krakowa podaje niby spis wykładów odbyć się mających w Uniw. Jagiell. w półroczu letniém i kończy uwagą: „Jak widzimy wcale ubogo, tak pod względem ilości, jak i pod względem jakości“. Zapewne, jeżeli szan. korespondent jest tak naiwny i wierzy, że na Wydziale lekarskim nikt więcéj nie wykłada prócz pp. Adamkiewicza i Marsa. Że im zresztą każe wykładać przedmioty, do których wcale się nie przyznają, to dziwić nas już wcale nie może, ale dziwimy się, że *Gazeta Polska* posługuje się tak nierozgarnionym korespondentem.

□ **Budapeszt.** Navratil oświadczył ministrowi spraw wewnętrznych, że z 10.000 osób zbadanych przez niego, a cierpiących na choroby połyku i krtani, 2.000 było syfilityków, którzy z natury swego zawodu pozostają w ciągłéj z publicznością styczności. Podając o tém wiadomość dodaje *Wracz*, że jeden z lekarzy rosyjskich zapytuje, czy nie należałoby, ażeby syfilitycy w szpitalach, przyjmujący Komunię, mieli swe odrębne naczynia, niezbędne podług prawosławnego rytuału do téj ceremonii?

* **Berlin.** XII Zjazd chirurgów odbył się w d. 4—7 bm. pod przewodnictwem Langenbecka. Z chirurgów znakomitszych niemieckich obecni byli: Bergmann, Esmarch, Thiersch, Bardeleben, Maas, Küster; z Austryi: Gussenbauer, Winniwarter, Wölfler; z Polaków: Lesser, Rydygier i Mikulicz: nadto wielu lekarzy i profesorów ze Szwecyi i Norwegii, Danii, Belgii i Holandyi, Szwajcaryi, Rosyi, Anglii, Ameryki i Japonii.

Z wykładów i rozpraw zasługują na uwagę: O wolu i wyłuszczeniu onego (Kocher, Bardeleben, Maas i Wölfler), o operacyjach na żołądku i jelitach (Schönborn, Wölfler, Mikulicz, Riedel i inni), o leczeniu ran za pomocą bismutu (Kocher). Z demonstracyj licznych i ciekawych zasługuje na uwagę obrzęk włosowy wielkości pięści wycięty przez Schönborna z dobrym skutkiem z żołądka młodéj dziewczyny. Prof. Mikulicz okazał swój skoliozometer, opisany poprzednio w Przeglądzie Lek. i przedstawiony na posiedzeniu Tow. lek.; przyrząd ten zyskał na Zjeździe powszechne uznanie.

Ω Na posiedzeniu z 21 marca Tow. lek. przedsta- [illegible] r imieniem nieobecnego Virchowa chorego z nader silnie rozdętemi żyłami odnóg dolnych i brzucha. Na brzuchu znajduje się obraz najwybitniejszego *Caput Medusae*. W narządach wewnętrznych nie ma zmian żadnych, któreby tłumaczyły te zmiany. Senator przypuszcza, że przyczyna ich jest następującą: chory otrzymał pod Gravelotte postrzał w kark. Kuli nie udało się wyjąć mimo kilkakrotnych prób. Jak się zdaje kula się obniżyła już teraz do miednicy i tutaj czy to sama przez się, czy skutkiem zrostów i blizn zapalnych wywołuje ucisk na żyły miednicy. Chory podaje, że czuje w miednicy kulę.

□ **Bruksela.** Odbyła się tu wspaniała manifestacyja lekarska: d. 1 marca b. r. przeszło 500 lekarzy belgijskich zgromadziło się w tém mieście, w celu uroczystego doręczenia pięknego artystycznego upominku Drowi Festraertsowi, redaktorowi dziennika *Scalpel*, w dowód uznania 35-letniéj służby redaktorskiéj. Sam akt doręczenia i bankiet, który po nim nastąpił, miały cechę uroczystéj umysłowéj biesiady (*Le Progrès méd.* Nr. 14).

□ **Rosyja.** *Nowosti* donoszą o zniesieniu niedawno ogłoszonego rozporządzenia rządowego, mocą którego lekarze kobiety traciły tytuł dyplomem sobie nadany, a nazywać się miały „uczonemi położnicami.“ Jak dawniéj tytułować się mają lekarzami. W jesieni odbędzie się cały szereg odczytów, z których dochód przeznaczonym ma być na rzecz żeńskich lekarskich kursów. Profesorowie: Dobrosławin, Paszutin, Suszczyński, Tarchanow, Czudnowski przyrzekli współudział.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Warszawa.** Prof. nadzw. Dr. Henryk Łuczkiewicz mianowany został prof. zwyczajnym; prof. nadetatowy zwyczajny fizyjologii Nawrocki zatwierdzony został w charakterze etatowego zwyczajnego profesora; docent chirurgii Dr. Tauber i docent oftalmologii Wolfring otrzymali stopień nadzw. profesorów.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Władysław Węgrzynowski został starszym lekarzem rezerwy 1go pułku ułanów.

* **Nekrologija.** Zmarli Drowie Emil Piotrowski, lekarz powiatowy w Płońsku i Stanisław Szablewski w Nieświeżu. (*Medycyna*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 14: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni. (c. d.); w *Gazecie Lek.* Nr. 14: Glużińskiego: (Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie): Mięsak limfatyczny śródpiersia tylnego; Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądu rdzenia kręgowego (dok.); Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.).

○ **Piśmiennictwo lekarskie. D. G. Beck's Therapeutischer Almanach. 10 Jahrgang 1883, des Taschenbuches der neusten Therapie. III Bändchen I Heft. Bern, 1883.**

W téj małéj 80 stron liczącéj broszurce podano zestawienie postępów, jakie zrobiono w terapii w ciągu r. 1882. Jestto już 10 rocznik wielce dla praktyków użytecznego wydawnictwa i cieszącego się słusznie uznaniem, które pomnożyło zalety, jakie już posiadało przez dołączenie po raz pierwszy w obecnym roczniku do każdéj wskazówki terapeutycznéj odpowiedniéj literatury, przez co ułatwiono odszukanie pierwotnego artykułu oryginalnego lub obszerniejszego wyciągu, a z tego powodu książe-

czka ta oddać może usługi nietylko przy łóżku chorego ale także i przy pracy literackiéj. Układ broszurki według poszczególnych chorób jest wielce dogodny i dozwala łatwego przeglądu. W wspomnianych dopiskach literatury każdego przedmiotu dotyczących znajdujemy téż odsyłacze do prac polskich autorów.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Stan. KOŚMIŃSKI: Słownik lekarzów polskich. Zeszyt I, Warszawa 1883, w dużéj 8ce str. 160.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 18 kwietnia o godz. **szóstéj** wieczór w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém po wyczerpaniu przedmiotu z przeszłego posiedzenia pozostałego kol. Dr. Gluziński odczyta kilka słów o zejściu zapalenia płuc włóknikowego w zapalenie śródmiąższowe.

Do numeru dzisiejszego dołącza się broszurka: Szczawnica. Sprawozdanie komitetu administracyjnego dla Zakładu zdrojowego w Szczawnicy o zarządzie tegoż zakładu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Na opróżnioną jednę posadę lekarza miejskiego w Bukowsku Doktora medycyny i chirurgii. — Pensyja roczna 200 złr. w. a. — C. k. sąd i apteka w miejscu, do zakładu żentycznego w Kulasznem 14 kilometrów. Panowie kompetenci zechcą swoje podania udokumentowane wnieść do Rady Gminnéj na ręce Wielmożnego pana doktora Władysława Skalskiego c. k. lekarza powiatowego w Sanoku do dnia 30 Kwietnia 1883.

Zwierzchność gminna

miasteczka Bukowska 9 kwietnia 1883.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIÉJ.

Znajduje się w druku i wyjdzie w końcu Czerwca 1883 r. nakładem Gazety Lekarskiéj

FARMAKOLOGIJA

Profesorów Nothnagela i Rossbacha.

Przekład z niemieckiego.

Cena dzieła wynosić będzie w Warszawie rsr. 6, z przesyłką rsr. 6 kop. 50.

Preumeratę wnosić można do Wydawcy Gazety Lekarskiéj ul. Marszałkowska Nr. 49.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.